

610
45
P33

OCT 12 1935

ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECTOR: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Caixa Postal, 1574 — S. PAULO (Brasil)

Assignaturas : Por 1 anno 30\$000. Por 2 annos 50\$000.

vol. XXX

Setembro de 1935

N. 3



PHILERGON

ENERGICO REVIGORANTE
NEURO-MUSCULAR

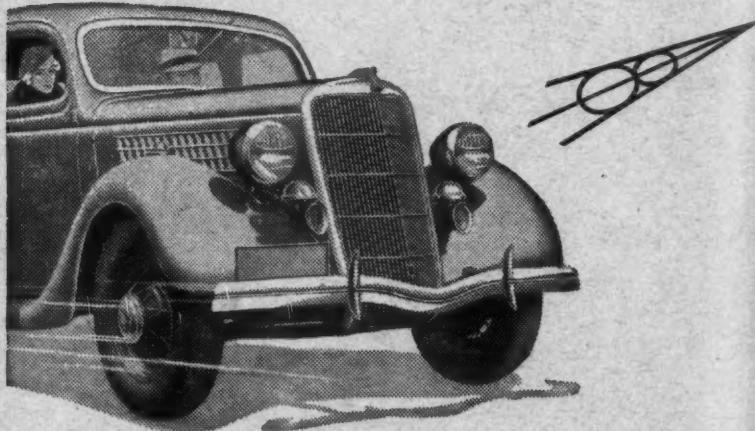
A DULTOS: UMA COLHERADA ANTES DAS REFEIÇÕES.

CREANÇAS DE MAIS DE 5 ANNOS: UMA COLHERADA
DE SOBREMESA ANTES DAS REFEIÇÕES.

Segurança

característico
particular dos

Ford V-8 de carroceria toda de aço



CARROSERIA de aço inteiro, que o genio de Henry Ford adoptou ha muitos annos nos seus carros... vidros de segurança no parabrisa e nas janellas... freios de ação rapidissima... embreagem particularmente sensivel... eis alguns dos dispositivos que responderão pela sua segurança pessoal no Ford V-8. Qualquer agente poderá demonstrar, sem compromisso, essa incomparavel segurança, assim como a maior economia e o conforto sem igual do Ford V-8. Ha de convencer-se de que é um carro digno de sua inteira confiança.

FORD MOTOR COMPANY





Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: Por 1 anno 50\$000. Por 8 annos 50\$000

Vol. XXX

Setembro de 1935

N. 3

Tropismos e Tactismos

Dr. J. Schwenck

Medico em São Paulo.

Como a cellula que forma o corpo dos Protozoarios tambem podem os elementos anatomicos dos Metazoarios reagir á acção directa dos agentes exteriores. Contrae-se a fibra muscular, por exemplo, sob a acção de um choque, de uma corrente electrica, etc. A *irritabilidadé*, pois assim se designa este phénomeno, é propriedade geral dos protoplasmas.

Não somente sob a fórmá de contracções como tambem de muitas outras maneiras podem reagir as cellulas quando excitadas por agentes exteriores. Assim ha reacções motoras, secretoras, luminosas, etc.

Quando as excitações exteriores percebidas pelos orgams sensorias são transmittidas através de fibras nervosas aos centros medulares e destes reflecidas aos musculos sob a fórmá de reacções, tomam estas o nome de *reflexos*.

Podem as reacções motoras manifestar-se de diferentes modos. Ha reacções simplesmente de *acommodação* destinadas a dispor os orgams a bem receber ou repellir uma excitação (distensão do pavilhão auricular na direcção do som; dilatação ou contracção da iris de acordo com a intensidade da luz, etc.) e reacções de *defesa* que fazem com que o animal ou parte do seu corpo se retire do agente excitador quando é desagradável ou dolorosa a sensação por elle determinada. (o braço affasta-se violentamente do objecto que o queimou; um forte estampido afugenta um bando de aves, etc.).

O acto reflexo é uma adaptação neuro-muscular ás excitações exteriores e exige, para realisar-se, excitações relativamente fortes.

Chamaremos de *tropismo* as reacções motoras que levam o animal a approximar-se ou a affastar-se de um excitante que no momento lhe é util ou nocivo.

Distingue-se o tropismo das reacções puramente reflexas pela *intermittencia* e *expontaneidade* de suas manifescações.

Realisam-se os reflexos, com efecto, em qualquer occasião da vida do animal e a intensidade de suas respostas é sempre proporcional á das excitações. O tropismo, ao contrario, como todos os actos instinctivos, não se manifesta senão em momentos precisos da vida do individuo e a intensidade de suas reacções depende mais da premência de uma necessidade interna que propriamente da intensidade da excitação exterior.

E o tropismo, podemos dizer, uma reacção motora determinada pela influencia simultanea de dois estímulos, um *interno* outro *externo*.

São os estímulos internos representados por todas as necessidades physiologicas do organismo, tais como a fome, a sede, a necessidade de defecar, de urinar, de ejacular, etc.

Os estímulos exteriores podem ser variadíssimos: *excitações physicas* (temperatura, pressão, humidade, cheiro, etc.); *excitações chimicas* (presença ou ausencia, augmento ou diminuição deste ou daquelle corpo chimico); *excitações mecanicas* (calibre, obstáculos, etc.).

Os estímulos exteriores sensibilisam os animaes á acção dos excitantes externos. Estes, com efecto impressionam tanto mais fortemente o sistema nervoso do animal quanto mais urgente fôr o reparo necessitado pelo organismo deste ou mais premente a necessidade cuja satisfação elle reclama. Como, porém, os elementos cellulares do organismo estão sendo constantemente destruidos pela oxydação e necessitam de substituição continua, é claro que tudo aquillo que satisfaça esse equilibrio, fornecendo á cellula o que ella perde, constitue um agente permanente de solicitação. O calor e a humidade são, por este motivo, os excitantes atrahentes mais communs.

A acção dos estímulos internos é notoria: A agua sã atrae o mosquito quando este sente necessidade de desovar. Os machos são atrahidos sobretudo pelas femeas por occasião do cio. Os alimentos excitam os animaes quando estes estão com fome. Fócos luminosos attraem de noite os insectos porque estes então precisam de calor, motivo pelo qual affluiem elles mais numerosos em redor da luz quando a noite está humida.

A acção dos excitantes externos não é menos evidente. Se os ovos embryonados de *Schistosoma mansoni* collocados em agua a 30 graus põem em liberdade os embryões é porque esse grau de temperatura estimula os movimentos destes, provocando a eclosão dos ovos. Do mesmo modo, quando esses embryões se precipitam sobre moluscos para infestal-os é o calor que se desprende do corpo destes que os atrae; tanto assim que, expondo-se ao calor do sol matérias feaces diluídas em agua, que contenham ovos embryonados, ver-se-ão os miracidios dirigir-se em massa para a superficie do líquido.

A existencia de estímulos internos nestes dois exemplos salta á vista: O calor só activa os movimentos dos embryões, porque estes, já

tendo attingido a ultima phase de crescimento intra-ovular, necessitam deixar o ovo, e se depois são attrahidos pelo calor dos molluscos é porque precisam entrar num hospedeiro para continuarem a sua evolução.

Em geral, as excitações exteriores actuam de duas maneiras sobre os animaes, quer provoando movimentos de attracção quer de repulsa. Os principaes agentes de solicitação são representados pelos grandes elementos indispensaveis á vida da cellula: calor, humidade e alimentos. Tudo o que é nocivo á vida do animal, é logico, provoca nelle attitudes de afastamento ou retracção tropismo negativo).

Larvas de Nematoïdes atravessam membranas em busca de humidade. Insectos hematophagos são attrahidos pelo calor emanado de suas presas. Quando se derrama um solo reséquido, á medida que o elemento liquido fôr desapparecendo, embebido na terra, procurarão activamente as larvas abandonar os lugares que se vão secando para se dirigirem em massa ás pequenas poças que se formam nas depressões do terreno.

A luz é também ás vezes um agente de attracção em virtude do calor que irradia, e muitas animaes ditos nocturnos são animaes que temem a sequidão e que saem durante o dia quando se apresente a atmosphera sufficientemente humida. Outros, também tidos como nocturnos, são attrahidos pelo calor de fócos luminosos, o que mostra não temerem elles a luz e sim a seccura.

A sensação olfactiva decorre de uma excitação directamente exercida sobre os orgams perceptivos por particulas que se desprendem dos corpos e que se acham em suspensão no ar, podendo uma mesma sensação provocar reacções as mais diferentes de acordo com a natureza de cada animal.

O fedor dos excrementos, por exemplo, atrai moscas mas repele as formigas que se nutrem de substancias vegetaes. Ora, constituinto as fezes um elemento favoravel á vida das moscas e desfavoravel á das formigas, é claro que as particulas fecaes actuarão sobre os orgams sensitivos das moscas determinando um tactismo positivo e negativo com relação ás formigas.

Os odores provocam tropismos muito curiosos. A *Scolia bifasciata*, por exemplo, penetra em formigueiros á procura de larvas de bezouro. Abelhas, provindas de colmeias longinquis, invadem casas afim de saquearem o açucar que nellas se acha depositado. Quando se mata uma barata logo aparecem, não se sabe de onde, formigas para conduzil-a.

Afim de explicarem esses factos chegaram alguns autores a emitir a hypothese de que fossem os insectos dotados de um sentido especial de orientação. No entanto, é muito mais razoavel conceber-se que as formigas, as abelhas e as vespas caçadeiras se dirigem ás baratas, ao açucar e ás larvas de bezouro attrahidas pelo cheiro que se desprende destes ultimos. Este cheiro, ainda que não o possa apreciar o nosso olfacto, deve ser caracteristico para cada especie

animal e nisto não ha nada de extraordinario pois, como é sabido, o cão procura e reconhece pessoas pelo faro.

São os animaes inferiores extremamente sensiveis ás acções dos estímulos externos visto como são dotados de uma acuidade perceptiva que os nossos sentidos estão longe de ter. A femea do mosquito vôle em direcção da agua, embora não esteja este elemento ao alcance de nossa visão. Podemos soltar tartarugas a distancia de kilometros de qualquer curso d'água que elles em breve a elle irão ter. O grau de humidade da atmosphera, resultante da evaporação da agua, indicar-lhes-á a approximação do rio ou do charco e actuará sobre ellas como um agente de solicitação.

Não dispondo os Protozoarios de sistema nervoso, só poderão elles reagir á acção dos estímulos exteriores quando esta acção se exerce directamente sobre elles. Advém desse facto que as unicas manifestações de tropismo que elles podem apresentar se resumem apenas em se approximarem ou se affastarem das substancias que excitam imediatamente os seus prolongamentos protoplasmicos. A prehensão e a locomoção são, com efeito, nos Protozoarios, duas funcções que se realizam simultaneamente por intermedio dos mesmos orgãos.

A presença de sistema nervoso, como se vê, não constitue condição indispensavel para a elaboração dos tropismos. Mostram-se estes, todavia, tanto mais variados e numerosos quanto mais complicado fôr o arco reflexo no animal. Com efeito, o sistema nervoso não somente serve para pôr em contacto elementos celulares distantes, conduzindo o influxo nervoso das cellulas epitheliaes ás fibras musculares, mas ainda retém impressões e as associa através das neurones de suas diversas cellulas nervosas.

Agem as excitações exteriores impressionando os centros nervosos e podem estas impressões conservar-se gravadas nesses centros por muito tempo (Maudsley, Ribot, Delboef, etc.). Quanto mais fortes, duradouras e frequentes forem as excitações, tanto ma's profundas e duraveis se tornarão as impressões nervosas determinadas pelas mesmas. Poderíamos comparar a substancia nervosa com um disco de v'ctrola, cujos sulcos variam de profundidade de accordo com a intensidade do som que nelles fica gravado.

Não somente se conservam essas impressões nervosas, mas ainda podem associar-se e, quando ocorram duas ou mais impressões simultaneamente ou em sucessão estreita, a reprodução de uma delas isolamente tende a fazer reaparecer as outras que a acompanharam.

Esta lei, formulada por Bain para reger o phenomeno das associações de idéas, tambem preside aos phenomenos do tropismo.

Com efeito, as impressões nervosas produzidas pelas excitações internas se associam com as produzidas pelas excitações exteriores desde que a sensação causada por estas ultimas satisfaça ou deixe de satisfazer a necessidade organica què actuou como excitante interno.

Explica essa associação não só porque a presença de uma excitação interna sensibiliza o animal á acção dos excitantes exteriores,

mas ainda porque, num mesmo individuo, a reprodução das mesmas excitações determina constantemente os mesmos tropismos, isto é, as mesmas reacções moras anteriores.

Sob este novo ponto de vista, podemos considerar como tropismo *todo acto ocomotivo que constantemente realisam os mesmos animaes quando sob a influencia dos mesmos excitantes*.

Algumas vezes, porém, parece haver desacordo entre a acção do excitante exterior e a reacção por elle provocada.

Assim, têm os pescadores o costume de bater com a ponta da vara de pescar na superfície da agua para "chamar" os peixes. Como se explica esta attracção? Apenas como um phénomeno de associação. Um insecto, ou qualquer outra cousa comedível, ao cahir na agua, provoca vibrações. A visão de um comedível e as vibrações da agua, ocasionadas pela sua queda, impressionam simultaneamente os centros nervosos dos peixes e, logo que essas vibrações se reproduzam, ainda que por motivo diferente, desperta-se tambem a impressão visual que com ella se acha associada, provocando as mesmas reacções motoras anteriores. Conservaram-se gravadas as impressões despertas graças à frequência dessa associação po's, como já dissemos, a repetição concorre para que se gravem as impressões mais profundamente.

Quando residia no interior, vinha uma lagartixa todas as noites caçar os insectos que voltejavam numerosos em redor da luz suspensa na varanda. Tão habituado ficou o lacertideo com essas caçadas nocturnas que, apenas accendia a luz, apparecia elle na parede, embora nenhum insecto affluisse então ao redor do globo luminoso. A explicação do phénomeno é a mesma. A presença da luz e dos insectos representavam dois excitantes que frequente e simultaneamente impressionavam os centros nervosos da lagartixa. A reprodução de um delles isoladamente despertava o outro, determinando as mesmas resesções motoras de costume.

Esta associação de impressões explica ainda porque prenunciam as procellas a approximação de tempestades; porque reconhecem os cães o dono pelo faro; porque são os animaes em geral atraídos pelo cheiro que tressalam os alimentos, etc.

E' o tropismo um phénomeno biológico cōmum a todos os seres vivos tanto animaes como vegetaes. As raizes procuram a terra e os alimentos; as flores abrem as petalas sob a acção do calor do sol; as folhas procuram expor-se á acção da luz directa; a haste apresenta um geotropismo negativo, etc.

E' enorme a influencia exercida pelos tropismos tanto na vida interna do animal como nas multiplas manifestações de sua actividade exterior. Não precisamos subir á biomecanica dos organicistas para mostrar qual a organisação dos seres vivos resulta de reacções motoras aos diversos agentes endo e extra-cellulares. Tambem a vida de relação dos animaes só pode ser comprehendida como um conjunto de tropismos e tactismos, com um sistema de attracções e repulsas cuja resultante seja a con-

servação do animal e a perpetuação da especie. Na concorrença pela vida os mais fracos desapareceriam destruídos pelos mais fortes e aptos se não mantivessem os diferentes tropismos o equilíbrio da criação, estabelecendo entre os seres relações de dependência recíproca.

Vejamos, agora, o que devemos entender por *tactismo*.

Empregam alguns autores a palavra tactismo como synonyma de tropismo e, digamos desde já, muitas vezes estes dois termos realmente se confundem.

O tropismo, como já vimos, constitue um phénomeno de ordem geral e apresenta, como caracteres essenciais, a presença de um excitante externo que provoca reacções de attracção ou afastamento conforme satisfaça ou contrarie uma necessidade actual ou permanente, mas toda individual.

O tactismo, ao contrario, suppõe adaptações especiais que o tornam um phénomeno todo particular e tem por finalidade mais a conservação da especie que propriamente a do individuo.

Para melhor comprehendermos os complicados phénomenos rotulados sob o nome geral de tactismo, estudemos primeiramente os que se observam com relação aos Protozoarios e Metazoarios de sistema nervoso extremamente rudimentar.

Porque os corpos de Leishman, inoculados no homem pela picada do *Phlebotomus*, vão se alojar e evoluir nas cellulas endotheliaes dos tecidos, enquanto que os esporozoitos dos hematozoarios de Laveran, introduzidos pela picada dos Anophelineos, procuram para reproduzir-se as hematias do sangue peripherico e visceral do homem?

Admittamos que, em tempos idos, se localisassem indiferentemente os esporozoitos em qualquer cellula do tecido humano.

Ora, as variações adquiridas sob a influencia do meio fixam-se hereditariamente na descendencia, accentuando-se á cada geração.

Mas os esporozoitos que se fixaram fóra do sangue, não podendo voltar ao mosquito, pereceram sem descendencia. Somente os que se alojaram no sangue poderam posteriormente regressar ao hospedeiro intermediário e completarem a sua evolução.

Logo, somente as formas parasitárias que se fixaram no sangue poderão transmittir os seus caracteres adaptativos aos descendentes.

Como, porém, os caracteres adquiridos vão se acumulando no decorrer das gerações a ponto de tornarem a vida dos descendentes inteiramente impossível em qualquer outro meio, logo, também, ao cabo de algum tempo, sobreviverão apenas os esporozoitos sanguicolas, desaparecendo as demais localizações extra-hematicas como se nunca existissem.

As localizações anormais observadas em alguns casos de parasitismo como este só podem ser explicadas por um atavismo, como o reaparecimento de um carácter recessivo remoto.

Empregando o mesmo syllogismo acima poderemos mostrar que a *Leischmania* só se localiza nas cellulas endotheliaes dos tecidos humanos, que as cercarias do *Schistosoma* só se desenvolvem no san-

gue venoso do homem, que as larvas da *Wuchereria bancrofti* somente procuram os vasos lymphaticos desse mesmo hospedeiro, etc., em consequencia exclusiva da selecção que faz com que sobrevivam apenas os parasitas que se adaptam a meios favoraveis e desapareçam os que se alojam em meios que não lhes permittem evolução ulterior.

Das infinitas direcções primitivas que tomaram os parasitas dentro do hospedeiro apenas subsistiram, nesses casos, aquellas que lhe conduziram á conservação da especie. A selecção polarizou, por assim dizer, os parasitas nessa direcção unica, não activamente, creando nelles tendencias hereditarias, porque tendencias não se herdam, mas simplesmente de um modo passivo, adaptando-os materialmente a determinadas condições. Em outras palavras, não procuram os parasitas os meios a que se adaptaram, mas são arrastados passivamente para elles em consequencia de disposições adquiridas sob a influencia desses mesmos meios.

Nos chamados tactismos que se notam na biologia dos Protozoarios e Metazoarios de organização muito simples entram em jogo, além da selecção, outros factores puramente accidentaes.

Assim, a migração pulmonar das larvas de *Ancylostoma*, como aliás de quasi todas as larvas de helminthos intestinaes, não procede exclusivamente da vehiculação passiva dessas larvas pela corrente sanguinea. A penetração por via cutanea resulta de um thermotropismo positivo associado a um tropismo negativo, porque tanto o calor do hospedeiro atrai as larvas como as repellem as condições desfavoraveis do meio exterior. Introduzidas no organismo, são elles bastante pequenas para cahirem nas ramificações capillares da circulação de retorno que as leva ao coração direito e, deste, á pequena circulação. Não podendo circular nos capilares pulmonares, em virtude de suas dimensões, emigram ellás activamente para os alveolos attrahidos hospedeiros durante o dia, embora tal inversão de periodicidade das pelo oxygenio dos pulmões e repellidas pelo gaz carbonico de que se vae carregando o sangue á proporção que percorre os tecidos. Uma vez nos alveolos, são as larvas arrastadas com as mucosidades até o esophago e dahi levadas ao estomago e ao duodeno com essas mesmas mucosidades, quando deglutidas, ou com os alimentos ingestos. Além disso, a propria presença das larvas nas vias aéreas é digestivas provoca espasmos de origem reflexa que contribuem grandemente para que ellas sejam expellidas dos pulmões e conduzidas para o intestino.

Como se vê, a migração pulmonar resulta de uma coincidencia de tropismo e de acção mecanicas que se succedem numa direcção determinada que se tornou unica e invariavel, praças á selecção.

Se não fôra a selecção, efectuar-se-ia a penetração do parasita bem como a sua fixação nos diversos orgams ainda como acabamos de expor, á custa de tropismos e coincidencias, mas, em lugar de haver uma unica direcção, irradiar-se-ia esta em grande numero de sentidos.

Os cystos hydaticos e o *Cysticercus cellulosae* ocupam no homem as mais variadas localizações, assim como todos os demais parasitas que se abrigam em hospedeiros desfavoraveis, porque não havendo reprodução não pode haver selecção de caracteres adaptativos e, neste caso, todas as localizações são igualmente bôas desde que proporcionem identicas condições de vida.

Cria a selecção tal dependencia entre o meio e o parasita que, muitas vezes, é mais facil para este sacrificar os interesses supremos da procreação que abandonar o meio a que já se acha affeito.

Os embryões, por exemplo, da *Wuchereria branconfti* apresentam-se habitualmente na circulação peripherica dos hospedeiros durante a noite e este habito decorre de uma necessidade biologica porque, sendo mosquitos nocturnos os vectores das microfilarias, não poderão passar estas para o organismo daquelles se não estiverem presentes no sangue dos hospedeiros durante a noite. No entanto, se os hospedeiros passarem a dormir durante o dia e a trabalhar á noite, tambem as microfilarias passarão a aparecer na corrente circulatoria dos hospedeiros durante o dia, embora tal inversão de periodicidade attente contra a conservação da especie.

Mostra-nos esse exemplo a subordinação absoluta do parasita a um meio que pode variar chimicamente de acordo com as horas de trabalho e repouso do hospedeiro. Naturalmente essa subordinação será transitoria neste caso porque toda acção que não tenha por finalidade a conservação da especie tende a destruir-a.

Casos ha em que o tactismo não passa de uma illusão, pois nem mesmo a selecção interferé na produção dos mesmos.

E' cõmum ler-se nos autores que um tactismo particular arrasta os esporozoitos dos Plasmódios, após a ruptura dos oocystos, ás glandulas salivares do mosquito; que um tactismo particular dirige as femeas do *Schistosoma haematobium* ás venulas da bexiga; que um tactismo particular conduz os embryões da *Toenia solium* para tal ou tal orgão, etc.

Digamos desde já que, ao nosso modo de ver, a expressão *tactismo particular* é um pleonasma porque se não fosse particular deixaria de ser tactismo.

Seja, porém, como fôr, dirigem-se não somente os esporozoitos dos parasitas do impaludismo ás glandulas salivares como tambem aos palpos, musculos e epithelio intestinal do mosquito (Grassi, Mayer, Mulhens, Yorke e Macfie). E' verdade que as fórmas parasitarias que vân ter ás glandulas salivares do mosquito, sendo as unicas que podem procrear-se, deveriam seus descendentes apresentar caracteres particulares que os adaptassem exclusivamente a esse meio. Mas, se isto fosse real, não existiriam, como existem, outras localizações collateraes, pois a selecção encarrigar-se-ia de eliminar-los. Essa multiplicidade de direcções mostra que a desegualdade de condições dos diversos meios não é bastante pronunciada para crear diferenças de variações nos parasitas que as frequentam.

Tambem não se dirigem as femeas do *Schistosoma haematobium* ás venulas da bexiga influenciadas por nenhum tactismo. Os cõrtes histologicos revelam a presença de innumeras localisações extra-vesicáes. Este facto não se oppõe, comtudo, a que somente consigam reproduzir-se as femeas que desovaram nas ramificações venosas da bexiga. Resulta esta coincidencia das disposições morphologicas que permittiram aos ovos atravessarem a mucosa vesical e não da localização das femeas neste ou naquelle trajecto venoso do seu hospedeiro.

Do mesmo modo, só por um excesso de imaginação podemos descobrir tactismo na fixação dos embryões de *Toenia solium*, por quanto não ha região do organismo onde elles não se possam encystar. O proprio professor Brumpt, apesar de apregoar esse tactismo, declara que os referidos embryões *s'enkystent un peu partout*.

Com efeito, quando a cyst cercose do porco é generalisada, fixam-se os parasitas nas mais diferentes regiões. Essa diversidade de direcções é facilmente explicavel. Não ex'gindo a passagem do *Cysticercus* para o hospedeiro definitivo nenhuma localisação especial no interior do hospedeiro intermediario, selecção alguma poderá existir, pois todos os caracteres adquiridos nos diferentes meios serão igualmente transmittidos á descendencia.

No homem tambem pode o *Cysticercus* fixar-se no sistema muscular, no tecido sub-cutaneo, nos centros nervosos, no myocadio, nos pulmões, no apparelho digestivo, nos rins, na conjunctiva ocular e mesmo no tecido osseo. Essa pluralidade de localizações tambem é motivada pela ausencia de selecção, pois neste caso perecem os parasitas sem poder transmittir seus caracteres á prole.

Em resumo, podemos differenciar agora o tropismo do tactismo, dizendo que no tropismo é o parasita attrahido por qualquer meio que lhe satisfaça uma necessidade actual, embora a satisfacção dessa necessidade redunde em detrimento da especie. A penetração e disseminação, bem como a fixação eventual do parasita no organismo do hospedeiro, se fazem entâo á custa de tropismos em conjuncção com factores puramente mecanicos.

Assim, penetra uma infinidade de larvas de *Ancylostomia* nas patas de porcos, cães e outros animaes que frequentam fócos infestantes e transvia-se dentro desses hospedeiros desfavoraveis com prejuizo para a disseminação da especie; os miracidios do *Schistosoma mansoni* são attrahidos por molluscos do genero *Physa*, *Ampullaria* e *Limea* sem que possa a sua evolução proseguir no interior desses animaes; os embryões do *Echinococcus granulosus* e da *Toenia solium* dirigem-se aos orgams internos do homem e nelles se transformam em hidatidas e cysticercos sem quel logrem todavia passar para o hospedeiro definitivo e chegar ao estado adulto.

A ausencia de finalidade reproductora nesses casos prova a coincidencia toda fortuita de muitas adaptações e fixações parasitarias

tidas como anormaes somente porque não permitem evolução ulterior.

Nos casos de tactismo, ao contrario, a disseminação do parasita numa direcção unica e inváriavel bem como a sua fixação privativa em certos e determinados pontos do organismo são efeitos exclusivos da selecção que eliminou as localisações e direcções desfavoráveis, só mantendo aquellas que permitem a perpetuação da especie.

Como, porém, a selecção só fixe variações adaptativas e não tendencias, pois não se herdam abstracções, é claro que são essas variações seleccionadas que predispõem o parasita a ocupar tal ou tal meio ou a dirigir-se para tal ou tal região.

O phenomeno do tactismo é tanto mais complexo quanto mais se eleva e animal na escala zoologica. Com efeito, nos Metazoarios de sistema nervoso já bastante differenciado, além das adaptações morphologicas e estructurais já estudadas, suppõe principalmente o tactismo adaptações nervosas que complicam sobremaneira o seu mecanismo.

Para que comprehendamos melhor essas adaptações, citemos um exemplo que possa servir de paradigma para os demais.

De acordo com as observações de Fabre, a *Scolia bifasciata* só escolhe para sustento de sua descendencia as larvas do escaravelho dourado (*Cetonia aurata*). Assim que sente a necessidade de desovar, procura aquella vespa a larva deste coleoptero, que se aninha commumente dentro de formigueiros de saúva (*Atta sexdens*) e, encontrando-a, nella depõe o seu unico ovo, depois de immobilisal-a com o seu aguilhão. A minuscula larva da vespa, apenas sahida do ovo, põe-se a sugar a succulenta larva do bezouro até que não reste da mesma senão a pelle. Quando tal sucede, porém, já a larva parasita se acha completamente desenvolvida e prompta para transformar-se em nympha.

Porque procura a *Scolia* somente larvas de *Cetónia* para efectuar nellas a sua postura?

E' possível que no começo depuzesse a *Scolia* casualmente o seu ovo em lugar onde abundassem larvas de *Cetonia*. A larva da vespa, apenas sahia do ovo, começou a procurar alimento e, encontrando larvas dessa especie de bezouro, conseguiu matal-as e alimentar-se ás suas expensas. O cheiro da larva que serviu de repasto o gosto de sua carne e milhares de outras impressões colhidas durante esse parasitismo accidental gravar-se-ão no cerebro da vespa-larva e conservar-se-ão imutaveis durante todas as phases de desenvolvimento da vespa. Ao cabo de muitas gerações, repetindo-se sempre os mesmos factos, quando estiver sensibilizada a vespa pela necessidade de desovar, o reaparecimento de uma daquellas impressões (do cheiro, por exemplo) desencadeará todas as demais que com esta se achavam associadas, e a vespa será attrahida pela larva que suscitou essas impressões do mesmo modo que atraíria a um individuo esfomeado o aroma de um manjar que elle já experientará.

Como se vê, resulta o tactismo da propriedade de conservar e reproduzir o sistema nervoso estados anteriores e essa propriedade não se diferencia do que chamamos *memoria* senão pela sua incapacidade de reconhecer esses estados como anteriores. É uma memoria por assim dizer sub-consciente.

É assombrosa a facilidade com que os animais conservam e reproduzem impressões preteritas. Basta que façamos a gallinha dormir uma só noite em determinado lugar para que dahi por d'ante procure ella sempre esse mesmo lugar para dormir. Os cães, que já levaram pedradas, afugentam-se quando nos abaixamos, simulando pegar uma pedra. Os pombos-correios e os papagaios dispõem de surprehendente memoria.

No caso da *Scolia*, as impressões recebidas pela mesma durante a sua phase de parasitismo accidental deviam ter-se repetido durante muitas gerações, vistos como abundavam, na hypothese figurada, larvas de *Cetoniâ* nos lugares frequentados pelas vespas e essas impressões gravar-se-ão tanto mais profundamente no cerebro destas quanto mais elas se repetirem.

O estado larvar tambem concorre para que as impressões se retenham com mais tenacidade, pois a substancia nervosa dos individuos jovens é mais plastica que a dos adultos.

Uma vez gravadas profundamente no cerebro, passarão essas impressões como um caracter hereditario para os descendentes e estes, ainda que segregados lo seu primitivo *habitat* e sujeitos ás mais variadas influencias, continuarão a reproduzir automaticamente as mesmas reacções motoras que reproduziram aquellas impressões no cerebro dos seus ancestræs.

O phenomeno de *histolyse* ocorrido durante a *nymphose* não destroem os ganglios cerebroideos do insecto, permitindo dest'arte que todas as impressões adquiridas no periodo larvar passem intactas para o adulto.

O tactismo é, pois, um *acto instinctivo*.

Spencer, Condillac, Darwin, Lamark e quasi todos os autores evolucionistas consideram o instincto como um *habito hereditario*.

Esta definição não deixa, no entanto, de ser algo metaphysica, pois o habito é simplesmente uma tendencia e tendencias, como já frisámos, não podem ser herdadas. O que o descendente herda é certa constituição organica, certa estructura nervosa, e nunca determinada tendencia.

A simples hereditariedade dos caracteres adquiridos só pode explicar o phenomeno do parasitismo, mas o do tactismo, que é muito mais complexo, só pode ser explicado como um tropismo que se tornou específico, graças á selecção, e instinctivo, graças á hereditariedade das impressões nervosas adquiridas sob a influencia do meio.

A selecção polarisa as direcções num sentido unico, supprimindo as inuteis e conservando as favoraveis, enquanto que a hereditariedade transmite as impressões ou associações de impressões de uma

geração para as outras, ocasionando nestas sempre as mesmas reacções quando despertadas por um dos excitantes que as determinou ou concorreu para determinar-as anteriormente.

O exemplo da *Scolia* mostra porque grande numero de Hymenopteros escolhe para sustento da prole ovos, larvas e nymphas de sempre os mesmos animaes.

Outro exemplo curioso de tactismo é o que leva a *Dermatobia cyaniventris* a fixar sempre os seus ovos na face ventral dos mesmos arthropodos (mosquitos, moscas, carrapatos etc.) para que estes se encarreguem de leval-os aos hospedeiros definitivos das larvas que hão de sahir desses ovos.

Porque capture a *Dermatobia* sempre os mesmos arthropodos para servirem de vectores para os seus ovos?

E' possivel que no começo depuzesse a *Dermatobia* os seus ovos directamente sobre os quadrupedes como o fazem quasi todos os Oestrideos. Mas tendo sido estes destruidos por inimigos naturaes antes de chegar á maturação, somente aquelles que se adheriram accidentalmente ao corpo dos arthropodos que habitualmente frequentam quadrupedes conseguiram attingir a phase larvar e passarem depois para o hospedeiro definitivo. As inumeras impressões colhidas pela larva durante a sua permanencia sobre o vector manter-se-ão associadas através de todos os estadios evolutivos da mosca e serão transmittidas á descendencia, podendo o reaparecimento de uma dellas despertar as demais e provocar as mesmas reacções anteriores.

Este exemplo, melhor ainda que o primeiro, mostra que uma coincidencia estreita de habitat de dois ou mais individuos é a condição indispensavel para que se realize o primeiro acto de parasitismo e, contemporaneamente, a primeira fixação de impressões que é o passo inicial da formação do tactismo. Podemos por assim dizer que parasitismo e tactismo são dois phenomenos originariamente concomitantes, pois as adaptações morphologicas que caracterisam o primeiro se iniciam ao lado das adaptações nervosas que condicionam o segundo.

No começo, é provável que o *Oestrus ovis* tenha deposito as suas larvas sobre qualquer animal. Desses, porém, só vingaram constantemente as que foram postas á entrada dos orificios nasae do carneiro porque, tendo sido arrebatadas com o ar para dentro das fôssas do animal, durante a inspiração, conseguiram evoluir ao abrigo de qualquer vicissitude. As impressões recebidas pela larva durante a sua permanencia nesse meio gravar-se-ão na massa nervosa e o adulto procurará sempre desovar no focinho do carneiro atraido provavelmente pelo cheiro que se desprende do mesmo.

O tropismo representa sempre a phase inchoativa do tactismo. Os insectos não picadores só procuram pousar sobre os mammiferos quando os attrae o cheiro de qualquer substancia que lhes possa servir de alimento: productos de eliminação, de secreção, de decompo-

sição de tecidos, etc. Depois de saciados, effectuam a postura. Em regra, os insectos causadores de myiases depõem os ovos ou as larvas sobre os proprios alimentos e parece mesmo haver connexão nervosa entre os phenomenos da nutrição e da postura, pois ésta só se realiza quasi sempre depois de um repasto excitante.

Até aqui, simples phenomeno de tropismo. A *Musca domestica*, por exemplo, á atrahida por qualquer animal excitada simplesmente pelo cheiro do alimento que este pode proporcionar-lhe.

Outros Brachyceros, no entanto, que, attrahidos pelo cheiro das chagas, nellas depuzeram seus ovos ou larvas, terão descendentes que só procurarão tecidos animaes em decomposição como meio de postura. Neste caso, os caracteres adquiridos sob a influência do meio-chaga impedem que se desenvolvam as larvas em outros meios (*selecção*) e as impressões nervosas correlativas, transportadas á descendencia, levarão o insecto a procurar exclusivamente esse meio todas as vezes que o cheiro do mesmo lhe excite novamente os sentidos.

As larvas cuticolas podem tornar-se posteriormente gastricas e cavicolas, em virtude de acções mecanicas. Ao lamber a ferida, pode o hospedeiro leval-as á boca e engulil-as. Tambem podem penetrar nas fóssas nasaes aspiradas pelo ar da inspiração como acontece com as larvas do *Cestrus ovis*, que foram depositas á entrada das narinas do carneiro.

Nesses meios, podem as larvas soffrer modificações morphologicas que as impeçam de evoluir noutros e receberem impressões nervosas que, despertadas mais tarde, as attraiam a esses meios ou a outros equivalentes.

Que o cheiro proprio do animal que serviu de meio de cultura para a larva impressione o sistema nervoso desta e desperte a lembrança desse meio quando venha a excitar o adulto ou os seus descendentes, é inegavel. Os jovens pastores kabylas e seus cães, quando comem queijo fresco feito com leite de ovelhas, são atacados por enxames de *Cestrus ovis* que procuram depor sobre elles as suas larvas.

Mas porque o *Rhinoestrus purpureus*, por exemplo, que depõe habitualmente as suas larvas sobre os olhos de cavallos, procura tambem os olhos do homem para effectuar a sua postura?

As impressões adquiridas pela larva e transferidas para o adulto podem ser despertadas não somente pelo reaparecimento de uma delas como tambem por effeito da excitação interna provocada pela necessidade de postura.

Como se vê, existem relações de contiguidade entre as impressões determinadas pela excitação de uma necessidade physiologica e as occasionadas pelos agentes que contribuem para a satisfacção dessa necessidade.

Não precisa, pois, que o *Rhinoestrus purpureus* seja excitado por nenhuma das impressões colhidas no meio-olho para que elle atire as suas larvas sobre a cornea do homem ou de qualquer outro animal.

Basta, apenas, que as impressões nervosas correspondentes a esse meio e gravadas no seu sistema nervoso sejam, num dado momento, despertadas pela necessidade da postura.

Dissemos, quando tratámos dos tropismos, que a acção do estímulo interno sensibiliza o animal á acção do excitante exterior. E' que tanto um como o outro determinam impressões contiguas na massa nervosa, estabelecendo-se entre ambos relações tão estreitas que a excitação que desperta um, desperta tambem o outro. A presença do alimento provoca o appetite e este, por sua vez, a lembrança do alimento.

Não somente as larvas são sensíveis ás impressões do meio.

Tambem pode o sistema nervoso do adulto reter e conservar impressões adquiridas sob a influencia do meio e estas impressões, uma vez associadas, tambem podem ser despertas pelo reaparecimento de uma delas ou, o que é mais commum, pela reprodução da necessidade para cuja satisfação elas concorreram.

Evidencia, com efecto, a observação que os insectos, como todos os animaes, tendem sempre a regressar aos mesmos lugares que se mostraram propicios á realização de suas necessidades physiologicas. E' conhecido o insticto que faz com que voltem os mosquitos para os mesmos sitios onde se fartaram (*instinct casanier*). Durante a estação das chuvas emigram as Glossinas das suas guardas permanentes, conhecidas pelo nome de "*zones à mouches*", voltando para estas por occasião das sêccas. O retorno das andorinhas aos lugares de que emigraram por occasião do inverno, o habito de procurarem as aves sempre os mesmos pouso para dormir e os mammiferos sempre os mesmos bebedouros para saciar a sede comprovam a veracidade desse facto.

Conclue-se dahi que, quando a satisfação de qualquer necessidade physiologica fôr favorecida pelas condições de um meio, tenderá este a ser evocado todas as vezes que reaparecer a mesma necessidade.

Neste caso, as impressões determinadas pelo meio exterior serão despertadas pelo estímulo interno que actuou sobre o sistema nervoso conjuntamente com elas.

Do mesmo modo, os insectos hematophagos e entomophagos procuram habitualmente como presas animaes da mesma especie porque a excitação provocada pela fóme lembra a imagem visual da presa e outros impressões que se fixaram anteriormente nos ganglios cerebroides do insecto por occasião da satisfação de uma necessidade identica.

A necessidade de regresso aos meios habituaes, difficilmente visíveis algumas vezes, outras vezes demasiadamente distantes, explica a razão do extraordinario desenvolvimento que assume os olhos dos insectos em relação aos demais órgãos. Sua conformação facetada deve desempenhar papel importante na função visual, permittindo que aprecie o insecto sob planos diferentes de focalisação as rea-

lidades que o rodeiam. Poderá assim não somente gravar como ainda reconhecer posteriormente com facilidade os percursos feitos durante o vôo bem como a configuração dos meios que se lhe mostraram favoráveis.

Do que ficou exposto se deprehende que o tropismo, assim como o tactismo, decorrem de um determinismo physiologico cujos motivos são representados por impressões nervosas que, despertadas por excitantes, promovem o deslocamento do animal neste ou naquelle sentido.

O tactismo, porém, é um phänomeno *especifico*, que tende a realisar-se numa direcção unica, porque, em contacto com o meio, adquirem os animaes variações morphologicas que os adaptam a esse meio, podendo as relações entre o animal e o meio se tornarem tão adstrictas que jama's elles se adaptarão a outros, como ocorre frequentemente nos casos de parasitismo.

Além disso, é o tactismo uma actividade essencialmente *instintiva* porque a sua direcção unica foi fixada pela selecção que só conservou a que permitia á especie de perpetuar-se, eliminando as demais como se nunca existissem.

Endereço: Rua Commendador Cantinho, 45 (Penha).

Cia. Chimica "MERCK" Brasil S. A., - R. Theophilo Ottoni 113 - Rio de Janeiro - Caixa postal 1651

Filial de S. Paulo: AV. BRIGADEIRO LUIZ ANTONIO, 72 — Caixa, 3943 — Phone, 2-2602



Correspondencia: Rhodia - Caixa Postal, 2916 - S. Paulo

Sutura de nervos

Dr. E. S. Bastos

Cirurgião em S. Paulo.

Em neuro-cirurgia, as lesões dos nervos periphericos constituem um dos problemas mais frequentes e tambem de resultados mais duvidosos, se considerarmos, sem maior examé, a disparidade dos resultados obtidos pelos differentes auctores. Durante varios annos de serviço cirurgicó activo, tivemos ensejo, em repetidas occasiões, de deparar com graves lesões nervosas; algumas vezes precocemente e em primeira mão, outras, tardivamente, depois de varias tentativas frustadas de neuro synthese.

Foi a meditação desses casos que determinou a presente nota, na qual procuraremos fazer um apanhado do aspecto actual do assumpto. Os estudos experimentaes e as observações clinicas, copiosamente, têm mostrado, á evidencia, em diferentes meios, as enormes possibilidades desta cirurgia. Assim, o grande numero de insucessos obtidos decorre, evidentemente, na sua maior parte, de graves erros de technica, pequenos detalhes, que em cirurgia tão delicada representam vicios captaes, responsaveis pela falha completa da operação. Nas considerações que fizermos, nos orientará, sobretudo, a analyse dos nossos casos observados e do material de alguns collegas que gentilmente nos cederam suas observações.

De inicio, cabe uma advertencia, aliás já feita anteriormente em um trabalho que apresentámos ao Congresso de Medicina de S. Paulo reunido nesta capital em 1933. É a absoluta necessidade da maior delicadeza no trato dos nervos periphericos. Um nervo, nunca será superflua a insistencia, parte integrante do systema nervosa, é tão sensivel ao trauma como qualquer outro elemento deste systema, quer esteja contido no craneo, ou nô canal rachidiano. Seja qual fôr a porção nervosa considerada-cerebro, medulla, nervos da vida de relação ou nervos sympathicos, todas ellas dependem da mesma origem commun. Embryologicamente derivam todas da mesma cellula manter e continuam sempre tendo, entre si, relações de continuidade.

Um nervo, por conseguinte, não se compadece de um tratamento diferente do dispensado ás outras partes do systema nervoso.

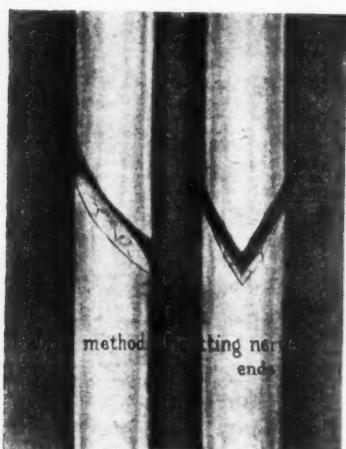


Fig. 1. Maneiras impropias de suturar nervos. (Apud Stockey).

quanto ensina a physiopathologia dos nervos periphericos. E no entanto, em poucos departamentos da cirurgia, uma technica perfeita e os atributos pessoais de cada operador, influirão tão decisivamente sobre o resultado da operação, como nesse.

* * *

Um nervo peripherico é constituído de: *a)* fibras efferentes — (motoras) que representam os cilindros eixos das cellulas dos cornos anteriores da medula e das cellulas motoras da cortex e *b)* de fibras afferentes — (sensitivas) — derivadas das cellulas dos ganglios espinhaes ou craneanos e ainda *c)* de fibras sympathicas que se juntam ao tronco nervoso logo após a sua constituição, por intermedio dos rami-communicanti. Cada fibra nervosa, isto é, cada cylindro eixo se decompõe, por sua vez, em fibras de calibre menor, as neurofibrillas que, contidas em delgada bainha, estão mergulhadas em uma substancia semifluida.

O cilindro eixo ou neurito possue um estojo proprio constituido por uma substancia gordurosa-a bainha de myelina, que é limitada externamente por uma membrana. Esta membrana, estrangula de espaço a espacinho a myelina, dando á fibra o seu aspecto monoliforme caracteristico. Tal é a bainha de Schwann que apresenta um nucleo, alongado verticalmente, em correspondencia á cada segmento di-

não pôde ser encarado como um tendão ou musculo. Tecido extremamente diferenciado, elle exige no seu manuseio uma esmerada leveza de movimentos, sem o que o seu refinado melindre ainda mais agravará a lesão.

Este postulado da grande susceptibilidade dos nervos, é, a cada passo, esquecido, constituindo este facto, sem duvida, a razão primordial do insucesso de grande numero de suturas nervosas. É commun deparar-se, mesmo nos tratados classicos de technica cirurgica, com desenhos e pranchas representativas dos mais extravagantes processos de synthese de nervos, reveladores ou de completo desconhecimento, ou, pelo menos, de desprezo absoluto por tudo

latado do cylindro eixo. Ao lado dessas fibras assim protegidas ha outras mais simples, revestidas apenas por uma fina pellicula: bainha de Ranvier. Um nervo possee ainda tecido conjuntivo que, de accordo com a sua distribuição em face das fibras, toma nomes diversos. O tecido mesenchymatoso que se dispõe em torno do nervo, formando-lhe uma verdadeira membrana limitante, correspondente peripherico da membrana limitans gliae do cerebro ou da medulla, é o neurillema. O tecido conjuntivo collocado entre as fibras nervosas constitue o endoneurium e o situado entre os feixes de fibras o perineurium.

Estudos e pesquisas pacientemente feitos, no proposito de estudar a estructura dos nervos, permittiram a varios auctores encontrar uma systematização constante da ordenação de seus feixes. De accordo com esses estudos, as fibras nervosas destinadas a uma determinada zona muscular ou cutanea occupariam, em todo o trajecto do nervo, a mesma posição, de modo a permittir o reconhecimento, no interior de um nervo, de feixes diversos, um para cada distrito motor ou sensitivo.

A technica das néuroraphias se baseia em um determinado numero de premissas, bem estabelecidas, sufficientemente demonstradas, de modo a justificar scientificamente o seu emprego em cirurgia humana. Essas premissas, que podemos com Dogliotti separar em ó paragraphos, são as seguintes: 1) Constancia da regeneração nervosa apôs neurotomia — 2) Exuberancia dos processos regenerativos, com augmento numerico das fibras regeneradas. 3) Capacidade das cellulas motoras sobreviventes do corno anterior, de augmentar e variar mesmo sua propria actividade funcional. 4) Possibilidade de regeneração, mesmo nos nervos seccionados desde longe data. 5) Possibilidade da retomada da função contractil pelos musculos paralysados, ha muito tempo. 6) Penetração das fibras regeneradas nas porções periphericas dos nervos, de um modo homogeneo, sem obediencia á primitiva topographia fascicular.

Antes de entrar na descrição dos varios methodos e processos de synthese nervosa, cabe estudar, de um modo rapido, essas premissas á luz dos nossos actuaes conhecimentos da biologia e da clinica. A primeira noção e, certamente, a primordial, decorre da propria theoria do neuronio e constitue um dos aspectos das chamadas leis de trophicidade dos neuronios.

* A cellula nervosa, como centro trophico, provê, invariavelmente, uma vez que se encontre em boas condições de nutrição, a regeneração dos seus prolongamentos destruidos. Este é um ponto pacífico, bem estabelecido desde muito tempo, constituindo a chamada regeneração walleriana, cujos principios fundamentaes descriptos por Ranvier, tiveram seus detalhes precisados pelos estudos de Marquesco, Peroncicto, Cajal, etc. As pesquisas modernas de Purpura, Dog-

liotti e outros não têm feito mais que confirmar esses principios já estabelecidos, mostrando a constancia da regeneração das fibras nervosas post neurotomia e sutura immediata, uma vez que haja as condições geraes indispensaveis para a actividade funcional da celula nervosa. Os estudos a que este problema tem dado origem são muito numerosos e fazendo-lhes o balanço, podemos dividil-os em dois grupos, consoante se refiram á pesquisas em animaes ou se relacionem á observações humanas.

Os experimentos realizados sobre animaes permitem asseverar, com segurança, que a regeneração nervosa, depois de neurotomia transversal, seguida de sutura immediata, é constante no que toca ao reapparecimento da função motora, uma vez respeitados os principios elementares da cirurgia dos nervos e que os animaes estejam em boas condições de vitalidade. Entre esses principios elementares de technica, ainda hoje muito frequentemente esquecidos, cumpre referir a asepsia rigorosa, a secção transversal nitida do nervo, o affrontamento cuidadoso de suas extremidades, realizado por uma coroa de pontos superficiaes que não devem, em nenhuma hypothese, transfixar o nervo, etc., etc.

Encarado á luz dos dados fornecidos pelas observações clinicas, o problema se modifica, perdendo, evidentemente, a sua primitiva clareza. Quem se detiver na meditação do copiosissimo material estatistico, obtido pelos diferentes autores em communicações verbaes, artigos e livros sobre o assumpto, experimentará uma grande dificuldade para dividir em grupos a casuistica, com o intuito de bem lhes julgar o valor. Então o que se verifica é "a incerteza dos resultados", conforme escrevemos em uma comunicação ao congresso Medico Paulista em 1933.

Existe uma grande disparidade de resultados em relação a factores os mais variaveis: individualidade do cirurgião, caracter da lesão (ferrimento por instrumento cortante, contuso, arma de fogo, etc.), estiramento, esmagamento, ou compressão prolongada do nervo, perda de substancia, retracção ou interposição de partes molles, lesões de tecidos vizinhos, decurso do post-óperario, estado local do ferrimento, estado geral de saúde e intelligencia do paciente, nervo sobre o qual se age, tecnica usada, criterio empregado para o julgamento dos resultados obtidos, etc., etc.

Uma das estatisticas mais recentes é devida a Förster e comprehende 1878 casos recolhidos de 21 autores diferentes. São todos casos de suturas precoces de nervos, completamente seccionados, de diversas maneiras, fornecendo as seguintes percentagens de regeneração: Förster 97%; 60 a 70% Stoffel, Spielmeyer, Perthes, Leehmann; 12 a 25% Herzog, Keeper, Pelz — o que dá como resultado geral 60% de curas e 40% de insucessos.

Com esta cifra medida concordam as observações de Byron Stooky, Forrestér Brown, Donati, Chiasserini, etc. Os resultados melhoram muito se considerarmos, isoladamente, apenas as secções por instrumentos cortantes. Puusep em 30 casos tem apenas que lamentar 3 insucessos. Nós, em 3 casos pessoaes, conseguimos tres curas. A questão do praso decorrido entre a secção e a sutura é um ponto bastante discutido e de interpretação difficult. Alguns auctores afirmam serem melhores os resultados quando a synthese se faz dois a tres meses depois da secção, enquanto outros defendem a operação immediata. Varios têm sido os argumentos expostos com os quaes, rigorosamente, se podem justificar as duas tendencias. A nossa impressão, porém, baseada nos casos observados e nos dados experimentaes, é que a sutura precoce, guardadas naturalmente as cautelas necessarias no que toca as condições geraes da ferida, da cellula nervosa e dô doente, sobre apresentar probabilidade maior de regeneração, fornece uma restauração de melhor qualididade que as raphias realisadas varios mezes após a lesão nervosa.

Um facto resulta bem estabelecido de tudo o que vem de ser exposto: é o efficaz e constante reaparecimento das propriedades dos nervos após a sutura precoce, tecnicamente bem conduzida, em individuos com boas condições geraes de saude e vitalidade. Nos velhos a regeneração é mais difficult.

A segunda premissa a considerar diz respeito á exuberancia das fibras nervosas regeneradas. Este postulado tem grande importancia na justificativa de determinadas technicas de synthese nervosa, cruzamento de fibras parcial ou completo, onde se reune um segmento de nervo ou um tronco mais fino á uma porção distal muito mais volumosa, como se verá opportunamente.

Depois dos estudos de Marinesco, Perroncito, Cajal, etc. conhecem-se perfeitamente todos os detalhes do processo de regeneração nervosa. O primeiro acto da regeneração se completa no segmento central do nervo, á altura mesmo das extremidades nervosas attingidas pelo trauma. Desde a sexta hora após o accidente, pôde-se constatar nas fibras nervosas a montante do ferimento, numa extensão de alguns decimos de millimetro, uma tumefação turva bem apreciada com grande augmento, a qual corresponde a um começo de necrose, porque o coto nervoso sobre o qual ella se assentou se transforma, rapidamente, em detrichtos granulosos que em breve se eliminam, misturando-se com o sangue e a lympha, accumulados entre os labios da ferida nervosa. Immediatamente acima do sulco de eliminação deste segmento necrosado, pode-se observar o primeiro signal do processo regenerativo. Elle consiste na emergencia das extremidades centraes dos cylindros eixos lesados de numerosos prolongamentos neurofibrilares extremamente delgados e que serão, posteriormente, os prolonga-

mentos cylindro-axis das fibras regeneradas. Este facto, descoberto e descripto por Perroncito, constitue o phénomeno que leva o nome de seu descobridor. Eses feixes delgadíssimos crescem com admirável actividade, se insinuando entre os tecidos, que formarão depois a cicatriz conjunctiva; reunem-se em feixes cujas extremidades livres apresentam os aspectos mais variados: clavas, pinceis, plumas, etc. A eses factos conhecidos, a moderna escola Italiana juntou novos detalhes, devidos a experimentos de Purpura e Dogliotti. Eses autores verificaram que cada cylindro eixo central se regenera emittingindo 2 ou 3 prolongamentos que assim superaram, com notável excesso, as fibras nervosas anteriormente existentes. Eses autores conseguiram demonstrar o facto anastomosando a extremidade distal de um nervo calibroso com a porção central de um nervo delgado, verificando depois que a extremidade peripherica se encontrava inteiramente preenchida de fibras nervosas, de formação recente. Assim, se pode obter com o enxerto da porção central de um dado nervo, a neurotização de um campo peripherico 2 ou 3 vezes maior que a primitiva zona foreira deste mesmo nervo.

O terceiro postulado estabelece a capacidade que têm as cellulas motoras dos cornos anteriores da medulla de aumentar e variar mesmo sua capacidade funcional, assumindo papel de supplencia, para outros territorios periphericos. A importancia desta propriedade das cellulas nervosas é transcendental. Ela permite que se encare com esperança o tratamento de certas paralysias decorrentes de doenças medullares, pela supplencia dos territorios periphericos por celulas motoras proximas. Taes phenomenos têm sido evidenciados, sobre tudo, pelos estudos de Serra e Ferrara que brilhantemente conseguiram demonstrar a possibilidade de prover com fibras, provenientes de uma raiz espinhal anterior, a inervação motora de até 3 raízes supra ou subjacentes, com retorno funcional completo em todo o territorio muscular dependente.

As quartas e quintas propriedades se referem a possibilidade de retomarem a função não só os nervos paralysados durante muito tempo, como também a restauração da facultade contractil de músculos paralysados prolongadamente. Ambos estes factos representam factores de maior importância no capítulo, agora em debate, das operações restauradoras dos reliquias de paralysias infantis, em cujo terreno muito se tem obtido. O seu estudo, entretanto, ainda não apresenta um numero de dados concretos, que permittam encaral-o como cousa bem estabelecida, absolutamente acima de qualquer suspeição.

O sexto postulado estabelece que as fibras nervosas regeneradas penetram na porção peripherica de uma maneira homogênea, sem respeitar a primitiva topographica fascicular.

A significação deste facto é da maior importância para a cirurgia reparadora dos nervos periphericos. A sua demonstração, já feita

anteriormente, foi recentemente confirmada pelos experimentos muito suggestivos de Dogliotti. O trabalho deste auctor sobre a distribuição das fibras nervosas nos nervos em regeneração, publicado recentemente (1933), e do qual nos temos socorrido em varios pontos, termina com as seguintes conclusões, que transcrevemos literalmente: "O estudo experimental em cães e a observação de um caso grave de paralysia por poliomelite, operado de neurotomia e sutura imediata, permittiram ao auctor observar que:

- 1) Conservando um terço ou um quinto do segmento central e suturando-o ao coto peripherico, — pode-se ter uma restauração muscular anatomica e funcionalmente perfeita.
- 2) Que as fibras do segmento central conservadas, se multiplicam até duplicarem-se e, ainda mais, enviam á todos os feixes e fasciculos do coto peripherico um grande numero de fibras regeneradas que se distribuem homogeneamente em todos os sectores do segmento peripherico, de modo a assegurar um perfeito equilibrio funcional, em todos os grupos musculares dependentes.
- 3) Que o numero das fibras motoras no sciatico, representa cerca de 1/3 das fibras myelinicas, enquanto as fibras sensitivas representam os 2/3. Que as fibras motoras mostram uma actividade regenerativa levemente superior a das fibras sensitivas.
- 4) Que os musculos paralysados retomam, com o retorno da inervação, um volume quasi igual ao do lado não operado, mesmo quando o numero de fibras nervosas regeneradas seja sensivelmente inferior ao normal. Nos musculos assim restituídos á sua função, as fibras musculares se apresentam de calibre sensivelmente superior áquelle das fibras musculares do lado não operado. Trata-se, assim, de uma hypertrofia de compensação sómente das fibras regeneradas, que contrabalançam a perda das fibras que não se regeneraram.
- 5) Que na medulla espinhal (cellulas do corno anterior) não se verificaram, até 21 mezes após a intervenção, phenomenos certos de hypertrofia ou de atrophia cellular, respectivamente para as cellulas correspondentes ás fibras seccionadas e subtrahidas a uma util regeneração (uma parte do segmento central foi rebatida para cima e suturada á pelle).
- 6) Que se pode esperar, em casos especiaes, augmentar o numero das fibras nervosas presentes em um nervo parcialmente paralysado, mediante a sua secção transversal e immediata sutura, graças a multiplicação das fibras regeneradas da porção central, e que se pode ao mesmo tempo e pelo mesmo motivo obter uma mais homogena distribuição das fibras regeneradas, dado que estas ultimas se distribuem de modo quasi uniforme na porção peripherica,

sem respeitar a primitiva topographia fascicular. No caso clínico relatado, no qual foi feita neurotomia e sutura do nervo sciatico, indicado por graves consequências de paralysia infantil, se observou uma grande regeneração das fibras nervosas sobreviventes, com sensível aumento da função muscular no território dependente".

* * *

Em face do que acaba de ser exposto, não se permite mais scepticismo no julgamento das lesões traumáticas dos nervos periphericos. Toda interrupção na conductibilidade dos nervos deve ser reparada cirurgicamente; mesmo quando, em certas circunstâncias, a reparação pareça problemática. O alto poder de restauração da célula nervosa não justifica uma conducta diferente.

Para restabelecer a continuidade nervosa, varios méthodos podem ser utilizados, de accordo com as condições especias de cada caso. Neste particular, tem sido descripto um grande numero de processos de synthese nervosa. Ahi, ao lado de technicals intelligentes e perfeitamente justificadas, se encontram methodos de união absurdos, em contraposição a tudo o que ensina a cirurgia experimental sobre a regeneração dos nervos.



Fig. 2. Mostrando a pouca utilidade do processo. A linha pontilhada mostra a direção das neurofibrillas. (Apud Stockey).

Métodos de synthese nervosa.	Sutura simples.
	Sutura á distancia.
	Enxerto nervoso.
	Retalho de nervo.
	Cruzamento.
	Implantação.
	Tubulisação.
	{ Parcial. Total.

I — A sutura á distancia foi proposta para realizar a synthese de nervos cujas extremidades de secção não se podem afrontar. A perda de substancia é substituída por fios de catgut, que formam verdadeiras pontes unindo as extremidades do nervo. Estes fios serão, á medida que forem absorvidos, substituídos por tecido conjuntivo jovem, muito mais facilmente penetrável pelas fibras re-

cem-formadas que um velho e duro tecido de cicatrização. O crescimento das neurofibrillas, porém, fica dependendo, em todos os casos, da formação de um tecido cicatricial, não oferecendo assim nenhuma segurança. O facto de se encontrarem, experimentalmente, algumas neuro-fibrillas no segmento distal não tem maior significação. Exemplos isolados de sucessos, podem se apresentar mesmo sem nenhum esforço de reparação, não constituindo, assim, este achado, nenhum argumento em prol de tal methodo.

2 — Retalhos nervosos: Esta technica que se deve a Lectivant (1872), citado por Stoeckey, continua ainda, como muito judiciosamente pondera este auctor, a figurar em modernos tratados de cirurgia, a despeito de estar em desacordo completo com tudo quanto ensinam a observação clinica e os trabalhos experimentaes. Os retalhos cortados de um nervo, privam-no de uma area bem grande de fibras conductores, todas com potencia de regeneração. Sobre isso a angulação que resulta do rebatimento do retalho para baixo ou para cima, quando o retalho é tirado na porção distal do nervo, impede o retorno da função nervosa, porque não permite uma boa coaptação dos cylindros eixos, a menos que o retalho seja separado nas suas duas extremidades e depois afrontado. Nessa hypothese, porém, não mais se trata de um retalho de nervo mas de um verdadeiro enxerto. Ainda assim, o valor desses retalhos do mesmo nervo apresentam sérios inconvenientes: lesão do tronco nervoso, diminuição da orla regeneravel, e as restricções de um enxerto unico. Sacks e Malone propuserem, recentemente, um novo processo que elles denominaram de autotransplantação nervosa. Este processo consiste em ligar as extremidades do nervo lesado com um segmento de um tronco nervoso vizinho, segmento que não fica separado do nervo senão nas suas duas extremidades. Além das limitações determinadas pela propria technica que exige vizinhança de dois troncos nervosos, o methodo apresenta o inconveniente de, utilizando apenas um estreito segmento nervoso, oferecer para os cylindros eixos regenerados um numero muito pequeno de canaes conductores.

3 — Implantação nervosa: O mesmo Lectivant propoz no anno seguinte um novo sistema de synthese nervosa, consistindo na im-

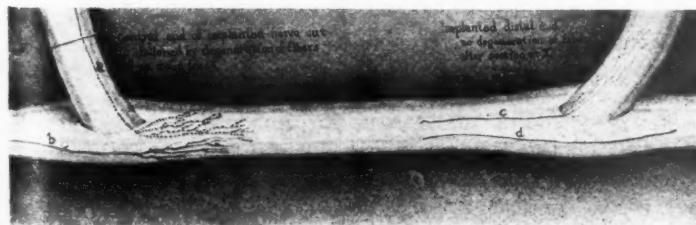


Fig. 3. Implantação nervosa. (Apud Stockey).

plantação dos segmentos distal e proximal de um nervo seccionado em um nervo vizinho. O fundamento theorico deste processo seria que os cylindros eixos da porção central caminhariam nos espaços entre os feixes de fibras até atingir o segmento distal. A experimentação tem demonstrado que as fibras regeneradas da porção central não se insinuam na extremidade distal, mas se perdem no nervo onde foi aquella mergulhada. As fibras de regeneração ahi encontradas provem do nervo, no qual se impantaram as extremidades seccionadas, o que se prova porque taes fibras não degeneram se se secciona o segmento central do nervo logo acima de seu mergulhamento no tronco nervoso vizinho. Assim a implantação nervosa se reduz, em ultima

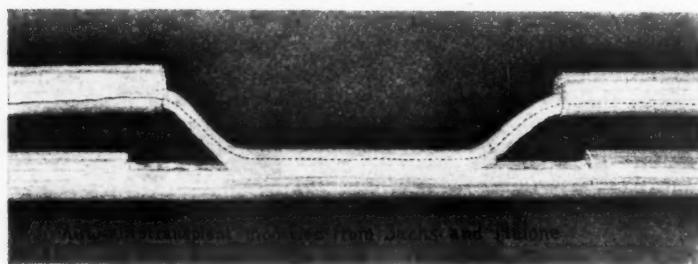


Fig. 4. Auto-transplantação nervosa. Apenas uma pequena parte do nervo adjacente pode ser usado sem prejuízo das suas funções. Em virtude do diâmetro pequeno, este processo é de pouca utilidade. (Apud Stockey).

analyse, a um cruzamento nervoso parcial. Nessas condições mais vale fazer, deliberadamente, o cruzamento dispondo as extremidades nervosas de maneira a permittir "um bom affrontamento de seus feixes nervosos.

4. — Cruzamento nervoso: O cruzamento pode ser parcial ou completo. Em ambos os casos se despreza o segmento craneal do nervo, unindo-se uma parte apenas de um tronco nervoso vizinho á sua extremidade distal, no cruzamento parcial, ou o tronco inteiro seria seccionado, affrontando-se, então, a porção central assim constituída, ao segmento distal do nervo que se quer separar. Este processo que experimentalmente tem sortido excellentes resultados, constitue uma grande esperança no tratamento de certos reliquat de paralysia infantil. São dignos de referencia, neste particular, entre outros, o esforço da escola Italiana. Dogliotti possue algumas observações muito felizes onde bem se pode avaliar a alta significação deste processo de synthese de nervo. Apenas, a sua pratica fica limitada áquellas zonas onde se encontram proximos dois troncos nervosos de volume mais ou menos igual.

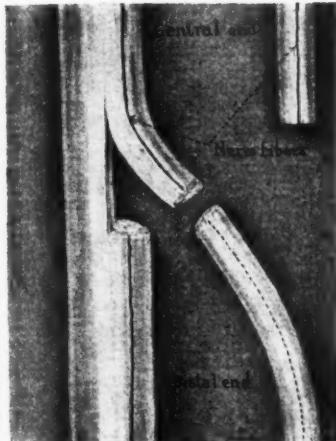


Fig. 5. Cruzamento parcial.
(Apud Stockey).

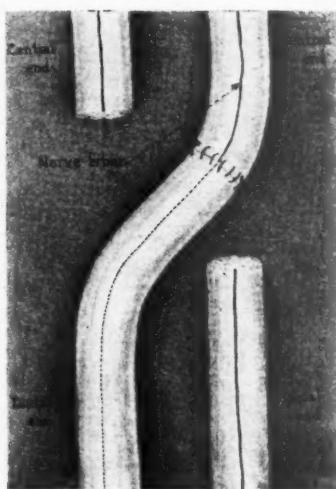


Fig. 6. Cruzamento total. (Apud Stockey).

5. — O enxerto nervoso *communum* é um processo de união nervosa no qual se utilizam, para restabelecer a continuidade do tronco interrompido, segmentos de nervos periphericos, quando não foi possível estabelecer de nenhum nodo o contacto pelo affrontamento terminal das extremidades seccionadas. O enxerto é uma technica que deve ser empregada porque, pelo menos theoricamente e de accordo com os estudos experimentaes de Cajal (1918), pode dar resultados felizes. Clinicamente entretanto, em um caso de observação propria e do que se pode colher na litteratura, não tem esta technica produzido resultados apreciaveis. E' necessario, porém, reconhecer que realmente ella tem sido tentada em casos extremamente desfavoraveis, quando a extensão a cobrir é muito grande, o tronco principal está bloqueado por uma grande area endurecida de tecido cicatricial, na qual se colloca o enxerto, as extremidades

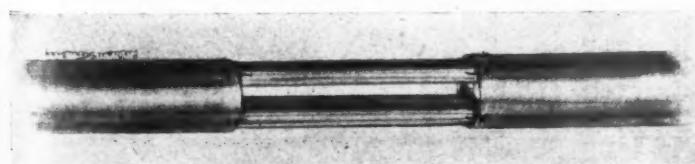


Fig. 7. Enxerto nervoso. Foram usados 4 segmentos de nervo. (Apud Stockey).

nervosas, muitas vezes, mostram esclerose intersticial, etc. Tal foi mais ou menos o nosso caso. Tratava-se de um homem de 40 annos ferido na região glutea, por uma bala, durante a revolução de 1924. Houve suppuração grande, depois de uma sutura tardia do nervo sciatico que fôra seccionado. Tentada varios meses depois do accidente, a sutura não trouxe nenhum resultado. Permaneceu assim varios annos, apresentando em 1930 atrophia do membro inferior correspondente, ulceras trophicas, etc. Tentou-sé um enxerto feito com todo cuidado, utilizando-se, como material, de um segmento de nervo mediano retirado de um braço amputado na vespera. O enxerto ficou conservado no gelo. Não houve suppuração, mas não se modifcou, de nenhuma forma até agora o quadro, quasi 5 annos decorridos. Ha contudo algumas observações felizes, taes as referidas por Gobet, Delagérié, Forrester, Brown e Stoeckey. O segmento a enxertar pode ser retirado do mesmo individuo — será um enxerto vivo ou então de enxertos conservados em alcohol, parafina, gelo, etc... Os bons resultados obtidos referidos foram de transplantes vivos do mesmo doente. Usa-se geralmente de nervos superficiaes como sepheno interno, musculo cutaneo, etc.

6. — Resta ainda considerar o tubulisação que consiste no uso de tubos ocos de osso descalcificado, arterias endurecidas, veias, fascia lata, etc. As extremidades do nervo interrompido são collocadas em cada uma das pontas do tubo. Este constituirá o caminho a ser percorrido pelos prolongamentos cylindroaxis do segmento central do nervo. Evitando a dispersão das fibras e a sua inclusão em tecido cicatricial todavia, experimentavelmente, tem se mostrado o processo inferior ao enxerto nervoso. No caso da tubulisação, o tubo apresenta um largo canal para o conjunto das fibras regeneradas. Este tubo pode ser invadido por tecido conjuntivo ou apresentar um colapso de suas paredes, sendo o canal feito de tecidos molles. No outro mostram-se numerosos conductos em correspondencia quasi com cada prolongamento nervoso, o que representa evidentemente, uma grande vantagem. Na pratica porém ambos os methodos não têm dado resultados apreciaveis.

Cumpre ainda referir, como medidas que se podem eventualmente utilizar, determinados artificios actuando fóra dos nervos tais como: collocação do membro em uma posição, geralmente flexão, que produza relaxamento do nervo e assim o encurtamento do seu trajecto; posteriormente se poderá fazer progressivamente a extensão do membro; transposição do nervo para um trajecto menos extenso; e finalmente diminuindo o comprimento do membro pela resecção dos ossos.

TECHNICA: — Até aqui consideramos apenas, de um modo geral, os varios processos de que nos podemos valer, em circunstancias variaveis, para o restabelecimento da continuidade de nervos interrompidos. Cabe, agora, ainda que de uma maneira succincta, referir os pontos principaes de technica, frizando certas praticas que devem ser radicalmente abolidas, e alludindo a certos "trucks" que parecem trazer, para o problema que encaramos, uma maior facilidade de execucao e garantia de resultados.

O doente deve ser collocado confortavelmente n'uma posição que permitia o prolongamento da operação por tanto tempo quanto necessario. Ao mesmo tempo deve-se considerar a postura do membro sobre o qual se actua, que deve ficar collocado de modo a determinar o relaxamento do tronco nervoso.

As mesmas considerações, aproximadamente, devem presidir a escolha da anesthesia. Geralmente a anesthesia local ou do plexo é sufficiente; todavia, caso ha em que a posição a ser dada ao paciente não é compativel com o emprego de anesthesia local. Quando se preferir a anesthesia geral, cumpre impedir a absorção de grandes quantidades de anesthesico, em virtude da duração geralmente prolongada de tais intervenções.

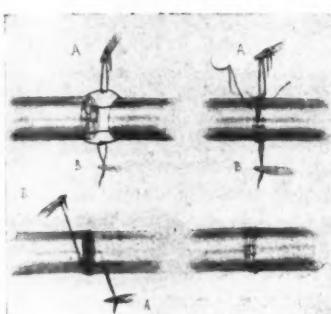


Fig. 8. Technica de nervo sutura terminal (Apud Stockey).

delicadas (mosquitos), agulhas de oculista com seu respectivo porta agulha. Usamos tambem afastadores palpebraes para segurar o tronco nervoso. Como material de sutura, empregamos geralmente catgut n.º 000 e seda muito fina.

O nervo sobre o qual se age tem que ser largamente exposto. Assim, não sómente se pode reconhecer, com facilidade, pela apalpação dos segmentos, a altura até onde se extende a lesão nervosa, como se pode executar a sutura com maior facilidade. E' preciso ainda, as vezes, alterar o trajecto do nervo, afastando-o assim da zona de fibrose cicatricial que é provadamente um grande impecilho á reparação nervosa.

Libertado o nervo da ganga conjunctiva, que geralmente o envolve, se estabelece, pela apalpação, o nível onde se deve fazer a

O instrumental cirurgico não exige nenhuma referencia particular, desde que se tenha sempre presente o principio elementar da cirurgia dos nervos: extremada delicadeza. Usamos assim pinças

amputação das extremidades fibrosadas. Esta secção deve ser perfeitamente perpendicular e ser feita com um bisturi ou navalha bem afiada para impedir a contusão das neuro fibrillas. As extremidades assim constituidas são approximadas e mantidas rigorosamente afrontadas, mercê de uma sutura em coroa. Durante essas manobras se deve evitar a rotação axial do nervo, de molde a realizar

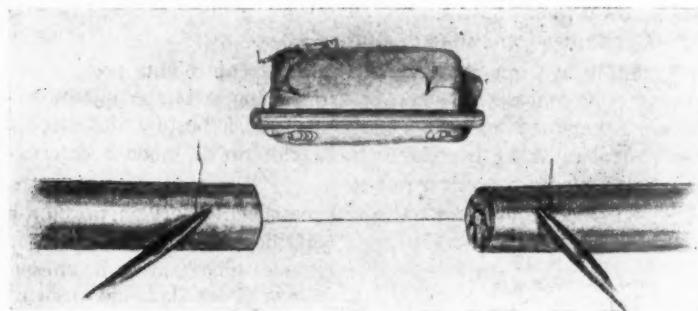


Fig. 9. Technica do enxerto de nervo, usando varios segmentos nervosos.
(Apud Stockey).

da melhor maneira possível o afrontamento das neuro-fibrillas constitutivas de cada nervo. Neste particular se recomenda passar, logo após à preparação das extremidades, alças de catgut 000 em dois pontos oppostos na circunferência do nervo. Estes pontos, ao mesmo tempo que approximam as extremidades, impedem a rotação axial. Melhor do que a descrição vale reproduzir a gravura que illustra o artigo de Stockey no Nelson, Loose-Leaf Surgery.

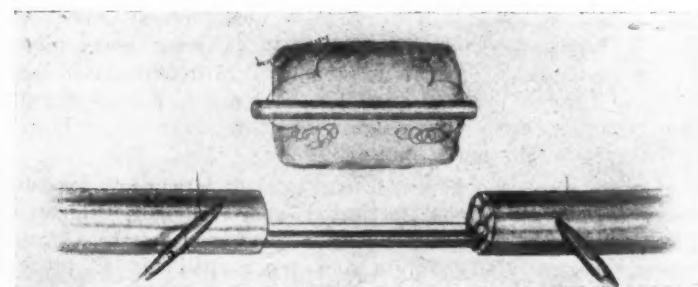


Fig. 10. Technica do enxerto nervoso. (Apud Stockey).

Observação I. — Ficha n.º 563. — A. A. N. 15 annos, branco, brasileiro, caixeiro. No dia 15-2-932 quando conduzia, correndo, uma garrafa, caiu sobre a mesma que, quebrando-se, produziu-lhe extenso golpe na face anterior do ante-

braço esquerdo, 2 dedos transversos acima da prega do punho. Socorrido pela assistência publica onde lhe fizeram um primeiro e simples penso compressivo, foi-lhe aconselhado procurasse um serviço de cirurgia para a reparação de um nervo que fora seccionado. O exame cuidadoso do ferimento feito depois de infiltração local com ovocaina, permitiu ver claramente o nervo mediano interrompido havendo já retração de suas extremidades livres, ao mesmo tempo foi identificada a secção dos tendões dos músculos pequeno e grande palmares. Feita a hemostasia com a faixa de Esmarch, truque que muito auxilia a técnica pela limpeza do campo e perfeita visibilidade, procuram-se as extremidades do nervo que fora seccionado verticalmente. Encontradas estas, são ambas as extremidades, distal e proximal, cuidadosamente aparadas para eliminar todo o tecido lacrado pelo ferimento contuso do vidro. As novas extremidades são aproximadas cuidadosamente e mantidas por uma sutura circular, com pontos separados, feita com seda OO. Os pontos são passados apenas na bainha do nervo, usando-se agulha de costureira, muito fina. Todas as manobras foram feitas com a máxima preocupação de contundir o menos possível o nervo, utilizando material próprio, muito delicado e nunca pegando diretamente o nervo mas só a bainha de Schwann. Fez-se a sutura dos tendões dos dois palmares e immobilisa-se o punho em flexão. Pontos retirados no 15.^o dia quando foi também levantado o aparelho contensivo. Cicatrização perfeita.

Os exames clínicos e elétricos, procedidos pelo Dr. Paulino Longo, em diversas eposas, foram os seguintes. A mesma leitura e comparação, melhor que qualquer comentário deixa ver a felicidade do caso.

Electrodiagnóstico dos músculos do antebraço e mão do menino A. A. N., requisitado pelo Exmo. Sr. Dr. Eurico S. Bastos em 5 de Abril de 1932.

PONTOS MOTORES	LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
Nervo radical	3 MA	3 MA
Nervo cubital	3 MA	2,5 MA
Cubital no punho	3 MA	2,5 MA
Mediano	3 MA	3 MA
Mediano no punho	5 MA	11 MA. C.L. 'egualdade polar
MÚSCULOS :		
Grande palmar	10 MA	8 MA
Pequeno palmar	7 MA	5 MA
Flexor commun superficial	8 MA	10 MA
Flexor commun profundo	8 MA	10 MA
Longo flexor polegar	7 MA	15 MA. Egualdade polar
Curto aductor polegar	8 MA	14 MA. Egualdade polar
Curto flexor polegar	8 MA	18 MA. Egualdade polar (inversão)
Lombricoide internos	7 MA	8 MA
Interosseos	7 MA	8 MA
Adductor polegar	8 MA	8 MA
Curto flexor pequeno dedo	7 MA	7 MA
Adductor pequeno dedo	7 MA	7 MA
Outros músculos	Normal	Normal

Conclusão. — Observamos ainda modificações qualitativas da contracção nos músculos da mão de innervação descendente do nervo mediano esquerdo, porém de muito menor intensidade bem como as modificações quantitativas que são bem menores. Existe pois franca regressão dos phenomenos degenerativos observados em exames anteriores.

Electrodiagnóstico dos músculos do antebraço e mão do menino A.A.N., requisitado pelo Exmo. Snr. Dr. Eurico S. Bastos em 28-11-932:

PONTOS MOTORES	LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
Nervo radial	3 MA	3 MA
Nervo cubital	5 MA	3 MA
Cubital no punho	4 MA	4,5 MA
Mediano	4 MA	3 MA
Mediano no punho	3 MA	18 MA. C.L. & I.P.
MÚSCULOS :		
Grande palmar	4 MA	5 MA
Pequeno palmar	6 MA	1 MA
Flexor commun superficial	8 MA	8 MA
Flexor commun profundo	8 MA	10 MA. C. Lenta & I. polar
Longo flexor polegar	6 MA	20 MA
Nervo radial	3 MA	3 MA
Nervo cubital	5 MA	3 MA
Cubital no punho	4 MA	4,5 MA
Mediano	4 MA	3 MA
Mediano no punho	3 MA	18 MA. C.L. & I.P.
MÚSCULOS :		
Grande palmar	4 MA	5 MA
Pequeno palmar	6 MA	6 MA
Flexor commun superficial	8 MA	8 MA
Flexor commun profundo	8 MA	10 MA. C. Lenta & I. polar
Longo flexor polegar	6 MA	20 MA
Curto aductor polegar	6 MA	25 MA. Inexutável - R.D.
Lomercicoide internos	6 MA	10 MA
Interosseos	6 MA	11 MA
Adductor polegar	7 MA	8 MA
Curto flexor pequeno dedo	8 MA	8 MA
Adductor pequeno dedo	8 MA	8 MA
Outros músculos	Normal	Normal

Conclusão. — Observamos signaes de Reacção de degenerescencia parcial e incompleta dos pontos motores dos músculos da mão de innervação dependente do nervo mediano; acima da lesão todos os músculos reagem bem á excitação galvanica. Deante da exiguidade do tempo decorrido entre a lesão e o trauma não podemos afirmar si os signaes observados dependem de uma regeneração que se processa ou de continua degeneração. Pedimos a volta do paciente dentro de um mez para novas verificações a respeito de sua paralysia. Nos demais músculos do antebraço esquerdo nada notamos de anormal quanto á excitabilidade galvanica.

(a) Dr. PAULINO LONGO

Electrodiagnóstico dos músculos do antebraço e mão do menino A.A.N., requisitado pelo Exmo. Snr. Dr. Eurico S. Bastos em 29-10-1933:

PONTOS MOTORES	LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
Nervo radial	3 MA	3 MA
Nervo cubital	3 MA	4 MA
Cubital no punho	5,5 MA	4 MA
Mediano	3 MA	3 MA
Mediano no punho	3 MA	4 MA
MUSCULOS:		
Grande palmar	4 MA	5 MA
Pequeno palmar	6 MA	6 MA
Flexor communus superficialis	5 MA	7 MA
Flexor communus profundo	7 MA	8 MA
Longo flexor pollegar	8 MA	8 MA
Curto adductor pollegar	8 MA	7 MA
Curto flexor pollegar	8 MA	
Lombricoides internos	7 MA	8 MA
Interosseos	6 MA	8 MA
Adductor pollegar	8 MA	9 MA
Curto flexor pequeno dedo	9 MA	
Adductor pequeno dedo	8 MA	
Outros músculos.	Normal	Normal

Conclusão. — A excitabilidade galvanica de todos os músculos do antebraço e mão esquerda está normal, em igualdade de condições com a do lado oposto. Não existem mais signaes de reacção de degenerescencia seja parcial ou incompleta em nenhum dos pontos motores examinados.

(a) Dr. PAULINO LONGO.

OBSERVAÇÃO II — Ficha A. 128. — C. B. Brasileiro, branco, solteiro, advogado. Sofreu em 2-8-1934 um desastre de automovel. Um estilhaço do para-brisa produziu-lhe um ferimento no punho esquerdo por onde tem forte hemorragia.

Exame. — Ferida incisa transversal de cerca de 5cms. na face anterior do punho esquerdo. Depois de infiltração do ferimento com novocaina se constata secção dos tendões dos músculos grande e pequeno palmares, secção da arteria cubital e secção do nervo cubital. O nervo mediano é exposto, verificando-se sua integridade. Depois de cuidadosa asepsia, seccionam-se as extremidades do nervo contundidas e faz uma sutura terminal com seda muito fina, segundo os princípios descriptos. Ligadura da arteria cubital, sutura dos tendões musculares etc.. Para evitar tracção sobre a sutura nervosa se coloca o punho em flexão durante 15 dias. Depois aplicações de corrente galvanica e injecções de strytecico — 2 meses depois o exame elétrico revelou:

PONTOS MOTORES	LADO ESQUERDO	LADO DIREITO
Nervo cubital	2,5 MA	2 MA.
Cubital no punho	5 MA	2 MA
Radial	2 MA	3 MA
Mediano no punho	2,5 MA	3 MA
Adductor do minimo	3 MA	8 MA. Egualdade polar
Curto flexor polegar	3 MA	10 MA. Egualdade polar
Cubital anterior	3 MA	4 MA
Interosseos palmares	3 MA	11 MA. Egualdade polar
Adductor polegar	4 MA	12 MA. Inversão polar
Lombrioides internos	4 MA	11 MA. Egualdade polar
Palmar cutaneo	4 MA	4 MA
Lombrioides externos	5 MA	5 MA
Longo extensor polegar	4 MA	5 MA
Longo abductor polegar	4 MA	4 MA

Conclusão. — Observamos muito ligeira reacção de degeneração dos músculos innervados pelo cubital direito : a evolução do caso e a presença de signaes de regeneração nos autorizam a fazer um prognostico bom desde que se proceda ao tratamento pelas applicações de corrente galvanica e injecções neurotonicas.

S. Paulo, 1.^o de Outubro de 1954.

OBSERVAÇÃO III. (*) — E.A.P. soldado do R. Cavallaria da F.P., 26 annos.

No dia 22 de Setembro de 1930, viajava em caminhão quando ocorreu um accidente ; um estilhaço do parabrisas penetrou-lhe na face anterior do antebraço esquerdo, produzindo um ferimento profundo com abundante hemorrágia. N'uma pharmacia vizinha comprimiram-lhe o braço com uma corda, até que chegou a Assistencia. Na Central fizeram a hemostasia e suturaram a pelle.

Recolhido logo ao H. Militar do Cambucy, alli ficou 11 dias até a cicatrização da ferida.

Refere que immediatamente após o accidente sentiu a mão paralysada e adormecida.

Como porém, lhe houvessem dito que isso sarria por si, não mais procurou tratamento. A 12 de Janeiro passado entrou no nosso serviço de H. Militar da F.P.

O seu estado era então o seguinte : dores na mão que protegia cuidadosamente evitando qualquer contacto. Não podia pegar nada com os dedos : se tentava fazel-o recebia uma forte descarga como um "choque electrico". Não podia vestir-se nem calçar-se.

Atrofia visivel do antebraço e da região thenar. O polegar indice e medio apresentavam as extremidades afiladas e a pelle fina e lusidia.

As unhas desses dedos, tinham sob seu bordo livre umas excrescencias que impediam cortal-as.

Sob a cicatriz na face anterior do punho a 5cms. cima da interlinha articular a pelle se achava levantada por uma saliencia sub-cutanea da forma e tamanho de uma azeitona.

(*) De um trabalho apresentado á Associação Paulista de Medicina, (sessão de Neuro-psychiatria), 10-3-933, pelo dr. F. E. Godoy Moreira.

A percussão, mesmo muito leve, dessa zona produzia forte descarga, extremamente desagradável e que lhe dava a impressão já assignalada de formigamento ou "choque eléctrico".

Um facto o impressionava particularmente: querendo fumar com a mão esquerda, afim de deixar a direita livre para trabalhar, acontecia esquecer-se do cigarro até que percebia uma sensação desagradável. Então reparava que os dedos indicador e medio, entre os quaes segurava o cigarro, estavam se queimando sem que a dor o tivesse advertido em tempo.

Passou então a fumar segurando o cigarro entre o anular e o minimo na região inervada pelo cubital e portanto de sensibilidade conservada; por assim dizer passou a fumar com o N. Cubital em vez do mediano. Ainda agora se podem ver entre os dedos minimo e anular as manchas características ahi deixadas por essa original maneira de fumar.

As reacções electricas dos músculos e dos nervos, que teriam certamente sido muito interessantes de pesquisar não foram feitas por motivos independentes de nossa vontade.

E' como se vê o quadro completo da paralysia do N. Mediano nas suas 3 ordens de manifestações:

a) *motoras*: paralysia dos músculos inervados pelo mediano, perda da appre-hensão pelos dedos interessados.

b) *sensitivas*: causalgia, anesthesia no territorio do mediano, hypoesthesia dolorosa (choques).

c) *trophicas*: atrophy muscular, "glossy-skin" e excrescencias, sub-ungueaes.

Se ao diagnostico faltasse confirmação mais objectiva, a operação praticada a 25 de Janeiro ultimo, veio permitir verificar de "visu" a natureza da lesão: interrupção do trajecto do Nervo, com nevroma terminal na extremidade central, do tamanho de uma azeitona, perceptível sob a pelle, como vimos.

Bem caracterizado o estado anterior à intervenção, vejamos agora como, de então para cá, evoluiu o caso.

Vinte dias depois da sutura, já o observado começou a accusar ligeiras melhorias consistindo em sensação de coceira na palma da mão, e aumento da temperatura dos dedos.

No 25.^o dia, retirado o apparelho, esboço de movimento dos 3 primeiros dedos.

Actualmente, ha 40 dias da intervenção notamos:

1.^o — *Funcção motora*. Pode levantar um objecto pezado (3 kilos); dando-se-lhe a mão a apertar nota-se uma força considerável de pressão.

O operado ha dias que se veste e se calça perfeitamente. Os movimentos activos dos dedos se fazem bem, menos a oposição do polleger que ainda é imperfeita.

O electrodiagnóstico não poude ser feito.

Submettendo-o ás provas classicas da integridade do N. Mediano verificámos:

1.^o — Signal do lapis (oposição e flexão combinadas do polleger e indice) — quasi normal.

2.^o — Prova de Claude (do socco) — ligeiramente deficiente.

3.^o — Signal de Déjérine (flexão) — normal.

4.^o — Pitres e Testut (arranhar) — normal.

5.^o — Pitres (cruzar os dedos) — normal.

2.^o — *Sensibilidade*. — A sensação penosa que provocava o contacto dos dedos ou a percussão na vizinhança do nevroma desapareceram totalmente.

Move livremente o membro sem nenhuma preocupaçāo. As unhas podem ser cortadas sem inconveniente. Seria uma cura integral, não fossem alguns pontos de hypoesthesia nas pontas do indice e medio.

3.^o — *Perturbações troficas*. Estas naturalmente ainda não tiveram tempo de regredir inteiramente.

Entretanto podemos já assignalar a diminuição da atrophia muscular, a regressão das vegetações sub-ungueas.

Principalmente sob 2 aspectos nos parece interessante esta observação :

1.^o — *Tipo de lesão*. Sendo a lesão abaixo da saída dos filetes destinados aos músculos epitrochleanos, a paralysia dos flexores dos 3 primeiros dedos é um facto paradoxal.

Essa anomalia é conhecida dos autores, que a interpretam como efeito da suggestão que a anestesia dos dedos exerce sobre os pacientes. Não sentindo os dedos elles ficam convencidos da impossibilidade de mover os ; a inação prolongada traz atrophia e retração dos músculos e uma consequente perda real da sua função. A hypoesthesia dolorosa é certamente outra causa importante dessa impotencia extranhavel diante da integridade dos ramos motores.

2.^o — *Rapidez da recuperação funcional*. Dos 3 grandes troncos do plexo brachial sabemos ser o mediano que mais difficilmente se regenera.

Ora, além desse factor desfavorável, a antiguidade da lesão era de molde a fazer-se todas as reservas quanto á volta da função. Tinel assinala 15 mezes como prazo limite dentro do qual ainda é possível a regeneração. No nosso caso 28 mezes haviam decorrido entre o acidente e a intervenção.

Não obstante todas essas circunstancias, a sutura pegou e a função se estabeleceu num tempo bem mais curto do que a medida observada.

OBSERVAÇÃO IV. (*dr. Jorge dos Santos Caldeira*). — No dia 14 de Julho de 1930, pelas 19 horas, dava entrada na Santa Casa de Misericordia, para a 2.^a Cirurgia de Mulheres, serviço do Dr. Godofredo Wilken, a C.C., brasileira de 15 annos, casada, com ferida do ventre por arma de fogo, região hypogastrica.

Immediatamente procedemos a uma laparotomia mediana, ampla exploradora, tendo constatado duas perfurações do intestino delgado que foram costuradas.

A bala descreveu um trajecto de dentro para fóra, da direita para a esquerda, de cima para baixo, encravando-se no osso coxal.

A hemorragia na cavidade era pequena ; bem visivel era a perfuração do peritoneo posterior pela qual sondamos superficialmente, a presença da bala, sem contudo, encontrá-la.

Como houvesse perfuração intestinal, drenamos a cavidade.

A sequencia operatória foi boa e, ao terceiro dia, a doente nos disse que sentia formigamento da perna esquerda e não a podia mexer.

Verificamos, então, a impotencia funcional do membro ; a doente não fazia flexão da coxa, nem levantava o referido membro de cima do leito, o que nos levou a pensar logo numa lesão nervosa.

Pedimos uma radiographia, que nos revelou a presença da bala encravada no osso ilíaco esquerdo.

A paciente accusava dores vagas, não intensas do membro interior esquerdo, parecendo-lhe que uma mão forte lhe apertava os músculos.

Oito dias após, comquanto não apresentasse atrophia dos músculos do referido membro, á palpação, eram os mesmos flacidos e a rotula estava cahida.

Attendendo ao delicado estado da doente laparatomisada, sómente ao oitavo dia é que pedimos ao Dr. P. Longo que procedesse a um exame electrico, que transcrevemos :

1.º EXAME ELECTRICO 27/7/930

	LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
Nervo crural	8 M.A.	Inexcitável
Recto anterior	10 "	" 30 "
Vasto interno	9 "	" 30 "
Vasto externo	9 "	" 30 "
Costureiro	9 "	" 30 "
Sciatico	10 "	Excitável 10 "
Sciatico p. inte.	12 "	" 13 "
Sciatico p. ext.	10 "	" 11 "
Tibial posterior	8 "	" 9 "
Biceps sural	10 "	" 8 "
Semi-membranoso	11 "	" 12 "
Semi-tendinoso	12 "	" 14 "
Tens. do fasc. lata	8 "	" 12 "
Tibial anterior	11 "	" 14 "
Extensor com dedos	12 "	" 15 "
Extensor prop. dedos	12 "	" 17 "
Pedioso.	12 "	" 16 "
Gemeos.	13 "	" 18 "
Grande gluteo.	14 "	" 16 "
Medio gluteo	15 "	" 15 "

Conclusão. — Observamos R. D. Total e gravissima (innexcitabilidade absoluta do nervo crural esquerdo e nos pontos motores dos músculos por elle innervados). Nos demais músculos, observamos ligeira hypo-excitabilidade galvanica, que pôde ser imputada ao repouso forçado a que estão sujeitos os membros inferiores.

a) DR. P. LONGO.

Pesquisados os reflexos tendinosos, encontramos todos integros, salvo o patellar, que estava abolido.

Os reflexos patelares dependem da innervação dos crurais enquanto que os Achileanos, que se achavam inalterados, dependem da integridade dos nervos grandes sciáticos.

O ligeiro movimento de flexão da perna esquerda, que notavamos, não era reflexo patellar, porque este é caracterizado pelo movimento de extensão da perna sobre a coxa. Tratava-se, portanto, como acontece, de uma inversão do reflexo patellar devido á difusão da excitação para os músculos da face posterior da coxa, que não são accionados pelos crurais.

Estavam normaes os reflexos cutâneos.

Foi notada a presença do reflexo controlateral esquerdo de Pierre Marie, um tanto augmentado, o que demonstra, em parte, a diversidade das vias aferentes dos reflexos patellar e controlateral.

Havia perturbação sensitiva apreciavel, com hypoalgesia e abolição da sensibilidade ao tacto e á temperatura na face externa da coxa.

Uma observação mais circunstanciada da doente foi, por nós. feita, mas seus dados em nada interessam a não ser a sóro reacção de Wassermann, que foi negativa, e o exame da vista feito pelo Dr. Pereira Gomes, que notou sómente ligeira hypermetropia.

Trata-se de pessoa que apresentava, na occasião, optimo estado geral e bôa compleição.

As conclusões do primeiro exame electrico, feito por aquelle collega, confirmaram a nossa convicção de que se tratava mesmo de uma lesão traumática do nervo crural esquerdo.

Como ocorresse ligeira supuração da parede ao nível do orifício do dreno, sómente mais tarde é que pudemos proceder a sutura do nervo lesado.

Operação. — Data, 14 de Agosto de 1950. Anesthesista, Dr. Guacy Teixeira. Anesthesia, Narcose chloroformica. Operador, Dr. Jorge S. Caldeira. Auxiliar, Dr. Bernardo Itapema Alves. Duração da operação, 1 hora. Diagnóstico operatório. Lesão parcial do nervo crural.

Duas vias eram possíveis para chegarmos ao nervo lesado : A via transperitoneal e a via extra peritoneal. Escolhemos a segunda via por ser de menor perigo para a doente.

A posição da doente foi a de decubito dorsal. Preparado o campo operatório, praticamos uma incisão ligeiramente curva que, partindo de um ponto situado a três centímetros mais ou menos acima do meio da arcada crural, veio terminar a dois centímetros para dentro e para cima da espinha ilíaca anterior e superior esquerda. Por esta incisão, atravessamos alem dos planos superficiais, a parede muscular da região representada pela aponeurose de inserção do grande obliquo e pelas fibras carnosas do pequeno obliquo e do transverso. Chegamos assim ao fascia transversalis que, incisados nos fez cair na camada celuló adiposa sub peritoneal, plano que nos permitiu o deslocamento do peritoneo parietal até o ponto em que este da parede abdominal anterior se reflecte para forrar a fossa ilíaca interna. Deste ponto, caminhando ainda na camada sub peritoneal que separa o peritoneo da fascia ilíaca ou aponeurose ilio-lombar, continuamos o descolamento acompanhando a fascia ilíaca até que a uns 15 centímetros mais ou menos de profundidade encontramos, no angulo diestro, formado pelo psoas e o ilíaco, o nervo crural que apresentava no seu bordo interno uma solução de continuidade, medindo 1,5 cms. mais ou menos. Era uma secção quasi completa do nervo, repetido sómente o nevrilema do seu bordo externo. Eram irregulares os bordos da lesão.

Fizemos, então, a secção completa do nervo a meio centímetro, mais ou menos, acima e abaixo da lesão que, conjuntamente com esta, perfazia um todo retirado de dois centímetros e meio mais ou menos. Seccionado o nervo, mandamos pôr em flexão forçada a coxa esquerda da doente que assim foi mantida ; fizemos, então, a sutura do nervo, segundo o processo de sutura compreendido na letra c. A sutura do nevrilema foi feita com seda fina, que preferimos, pois a absorção do cat-gut poderia ser feita muito rapidamente, prejudicando assim a boa coaptação, que julgamos essencial.

Tivemos o cuidado, a nosso ver indispensável, de retirar, depois de passados os fios de seda e antes e serrar os nós, o coágulo sanguíneo que se forma nas extremidades nervosas.

Isto feito, amarramos os diversos pontos, não muito apertados, mas, até coaptação exacta. Fizemos depois com que o tecido conjuntivo visinho se approximasse recobrindo a sutura. Fechamos então os diversos planos já descriptos na incisão, terminando assim a operação.

A peça foi enviada ao Lab. Anatomo Pathológico do Hospital Central e o resultado foi o seguinte : Nevroma. (Dr. Cerruti).

Sequencia post operatorio : O período post operatorio foi bom, não houve a menor elevação de temperatura ; os agrafes foram retirados ao oitavo dia.

A doente já veio da sala de operação com a coxa em flexão e assim a mantivemos durante vinte dias, á custa de um apparelho improvisado, depois disso fomos extendendo paulatinamente o membro. Ao vigésimo quinto dia começaram, por nossa ordem as applicações de massagens manuais na coxa e perna. Ao trigesimo quinto dia, conjuntamente com as massagens, foram feitos ligeiros movimentos de flexão e extensão do membro.

Não foi feita excitação eléctrica do nervo crural.

Em outubro, a doente andou pela primeira vez, com muletas e ajudada pela enfermeira. Em 4 de novembro a doente teve alta ; andava sem muletas e sem auxílio de pessoa alguma, seu andar era contudo ainda incerto.

Depois da operação foram feitos, graças á gentileza do Dr. P. Longo, diversos exames electricos da doente, exames que passamos a transcrever :

Exame clínico neurologico após a operação. — Completa immobildade da perna esquerda; fazia movimentos apenas do pé e, assim mesmo, acompanhados de phenomenos dolorosos intensos. Abolição do reflexo patellar esquerdo, conservação do achilleano e demais reflexos dos membros inferiores. Reflexos cutaneo-abdominaes inferiores diminuidos à esquerda. Sensibilidade : Subjectiva — muito formigamento e, por vezes, dores na face anterior da perna e da coxa. Objec-tiva — Diminuição accentuada da sensibilidade tactil e dolorosa na região antero interna da coxa esquerda e antero interna da perna esquerda, onde tambem havia ligeiro retardamento da percepção da sensibilidade thermica. Exame externo : — Flacidez dos musculos do quadriceps, em contraposição com a tonicidade dos musculos posteriores da coxa e da perna. Exame neurologico normal dos membros superiores. Reacções pupilares normaes. Equilibrio normal e ausencia de perturbações cerebellares verificadas pelas pequenas manobras de Babinsky.

Em summa, observamos ausencia do reflexo patellar e uma lesão *nitidamente peripherica* da sensibilidade, symptomas que conduzem ao diagnostico de uma lesão do nervo crural acima da emergencia dos nervos musculo-cutaneo e sapheno interno, responsaveis pelas perturbações da sensibilidade.

EXAME ELECTRICO EM 6/9/930

	LADO ESQUERDO	LADO DIREITO
Nervo crural (na arcada crural)	Inexcitavel 30 M.A.	6 M.A.
Recto anterior	" 25 "	11 "
Vasto interno	" 25 "	10 "
Vasto externo	" 25 "	10 "
Costureiro	Excitavel 12 "	10 "
Biceps	" 11 "	11 "
Semi-tendinoso	" 10 "	11 "
Semi-membranoso	" 11 "	12 "
Adductores	" 14 "	11 "
Tensor fascia lata	" 16 "	16 "
Nervo sciatico	" 15 "	12 "
Sciatico popliteo int.	" 17 "	12 "
Sciatico popliteo ext.	" 17 "	11 "
Tibial posterior	" 16 "	12 "
Grande gluteo	" 18 "	12 "
Medio gluteo	" 17 "	15 "
Tibial anterior	" 15 "	15 "
Longo peroneiro lateral	" 15 "	11 "
Curto peroneiro lateral	" 15 "	11 "
Pedioso	" 15 "	11 "
Gemeo interno	" 14 "	11 "
Gemeo externo	" 15 "	11 "

Conclusão. — Observamos REACÇÃO DE-DEGENERESCENCIA TOTAL no nervo crural e nos musculos por elle innervados. A R.D. Total é evidenciada de modo cathegorico pela innexcitabilidade galvanica com as elevadas intensidades de corrente (25 a 30 M.A.). A pesquisa feita em diferentes sessões confirmou os resultados acima. Nos demais nervos e musculos dos membros inferiores notamos uma accentuada hypoexcitabilidade galvanica desacompanhada porém de alterações qualitativas da contração e que correm por conta, provavelmente, do repouso a que se acham obrigados os membros.

a) Dr. P. LONGO.

2.º EXAME CLINICO NEUROLOGICO — 7/10/1930

Sensações paresthesicas: a doente nos diz sentir formigamentos e dores myalgicas, porém de menor intensidade. Sentada, não consegue estender a perna, porém os movimentos de flexão são feitos regularmente. Amparada de ambos os lados, a doente consegue andar, jogando o membro inferior esquerdo para a frente. A sensibilidade objectiva só existe ligeira hypoesthesia à dor e ao tacto na parte interna da coxa, em uma zona de 8 centímetros. Nas demais partes da antiga zona a sensibilidade voltou integralmente.

Reflexo patellar esquerdo *abolido*: achilleano, presente.

Observam-se ligeiras atrofias na região anterior da coxa esquerda, que se acha ligeiramente diminuída em relação à direita. No terço medio desta a circunferência é de 68cms., na esquerda de 60 cms. apenas.

a) DR. P. LONGO

3.º EXAME CLINICO NEUROLOGICO — 16/12/1930

Presente, porém diminuído, o reflexo patellar esquerdo. A doente já conseguiu fazer extensão da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia. Os movimentos de extensão, porém, eram menos energicos que os de flexão. Estava inteiramente restabelecida a sensibilidade e o andar era o verdadeiro andar de cavalo "steppage". Os movimentos passivos intensos eram acompanhados de muita dôr.

a) DR. P. LONGO

EXAME ELECTRICO EM 8/1/1931

	LADO ESQUERDO	LADO DIREITO
Nervo crural	17 M.A. Contracção lenta e igualdade polar	5 M.A.
(na arcada crural)		
Recto anterior	25 " Contracção lenta e inversão polar	9 "
Vasto interno	28 " Cont. vermicular e inversão polar	9 "
Vasto externo	27 " Contracção fraca e inversão polar	8 "
Biceps	9 "	8 "
Semi-tendinoso	9 "	8 "
Semi-membranoso	9 "	9 "
Adductores	10 "	9 "
Tensor fascia lata	11 "	9 "
Nervo sciatico	17 "	15 "
Sciatico popliteo int.	13 "	14 "
Sciatico popliteo ext.	12 "	15 "
Tibial posterior	13 "	15 "
Grande gluteo	19 "	15 "
Medio gluteo	18 "	17 "
Tibial anterior	12 "	17 "
Longo peroneiro lateral	12 "	17 "
Curto peroneiro lateral	14 "	13 "
Pedioso	15 "	15 "
Gemeo interno	13 "	14 "
Gemeo externo	15 "	14 "

Conclusão. — Observamos ainda, generalizada por todos os músculos dos membros inferiores, uma accentuada hypoexcitabilidade galvanica; ao lado dessas perturbações de ordem quantitativa, não observamos alterações qualitativas da contracção. Esta hypoexcitabilidade galvanica é sempre encontrada, nos casos de innactividade muscular. O que, porém, observamos de notável foi a R.D. grave no nervo crural e músculos por elle innervados. A R.D. grave é aqui demonstrada pela grande hypoexcitabilidade galvanica, sendo necessárias quantidades elevadas de M.A. para se obter uma contracção mínima; e ao lado disso verificamos graves alterações qualitativas, igualdade polar, inversão polar, contracção lenta, contracção vermicular e contracção fraca.

a) DR. P. LONGO

EXAME ELECTRICO EM 8/6/1931

	LADO ESQUERDO	LADO DIREITO
Nervo crural (na arcada crural)	10 M.A. Contracção bôa	5 M.A.
Recto anterior	15 "	5 "
Vasto interno	12 "	6 "
Vasto externo	14 "	6 "
Costureiro	8 "	7 "
Biceps	7 "	7 "
Semi-tendinoso	8 "	7 "
Semi-membranoso	8 "	8 "
Adductores	9 "	9 "
Tensor fascia lata	66 ,ê	7 "
Nervo sciatico	12 "	12 "
Sciatico popliteo int.	12 "	12 "
Sciatico popliteo ext.	11 "	11 "
Tibial posterior	13 "	11 "
Grande gluteo	12 "	11 "
Medio gluteo	12 "	12 "
Medio gluteo	12 "	12 "
Tibial anterior	8 "	7 "
Longo peroneiro lateral	7 "	6 "
Curto peroneiro lateral	6 "	6 "
Pedioso	7 "	7 "
Gemeo interno	7 "	7 "
Gemeo externo	6 "	6 "

Conclusão. — Além de ligeira hypexcitabilidade galvanica no nervo crural e nos pontos motores dos músculos por elle innervados, nada mais encontramos de anormal nos músculos e nervos dos membros inferiores.

a) DR. P. LONGO

Exame actual — 31/7/931 — Reflexos patellares :

DIREITO — Exaltado, clíniforme. ESQUERDO — Apreciavel, porém, diminuido. Reflexo centro lateral de P. Marie : presente de ambos os lados. Equilíbrio normal : ausencia de perturbações cerebellares. Sensibilidade : continuam perturbadas as sensibilidades thermica e dolorosa na porção interna e anterior da coxa, porém em zona menos generalizada. Movimentos passivos : Todos perfeitos. Movimentos activos : Presentes todos, executando, com a maior perfeição,

os movimentos de extensão da coxa, de rotação, e circundução do membro inferior esquerdo. A doente queixou-se de sensações paresthesicas na coxa, lado interno e cansaço ao fazer o movimento de extensão quando andava em demasia ou subia escada longa.

a) DR. P. LONGO

OBSERVAÇÃO V. (*)—E.A.R., 30 anos, solteiro, brasileiro, branco, empregado no comércio, residente nesta capital. No dia 30 de outubro de 1954, ao descer uma vidraça, feriu-se com um pedaço de vidro no bordo interno do antebraço direito, a cerca de 10 centímetros do punho. Houve grande hemorragia, sendo reclamados os socorros da Assistência Policial. O colega que atendeu fez uma ligadura e suturou os planos superficiais, havendo cicatrização por primeira intenção. Desde o momento do acidente, notou o doente que lhe amoteceram o dedo mínimo e a face interna do anular. Como não cedesse o amotecimento, veio procurar-nos um mês mais tarde. Encontramos, então, uma anestesia cutânea do território do cubital e uma leve atrofia dos músculos da região hypothenar e dos interosseos. Feito o diagnóstico de secção do cubital ao nível do ferimento, propusemos a sutura do nervo, que foi aceita.

Operação n.º 3.045, em 1.º de dezembro de 1954 na Beneficência Portuguesa. Anestesia local com Sinalgan. Excisão da cicatriz e prolongamento da incisão para cima e para baixo. Exposição do músculo cubital anterior, que foi recalcado para dentro; incisão da aponeurose que o separa dos flexores, sendo identificado o nervo cubital e a arteria do mesmo nome. O nervo apresentava um nódulo cicatricial que englobava uma veia. Esse nódulo ligava as duas extremidades da secção, que eram perfeitamente identificáveis e se encontravam a cerca de 1,5 cm. de distância uma da outra. Difícil libertação do vaso sanguíneo, sem lesá-lo. Excisão da cicatriz, seccionando o nervo acima e abaixo do nódulo fibroso, em território sano. Sutura do nervo com catgut chromado Johnson n.º 0, montado em agulha atraumática. Foram feitos quatro pontos, interessando somente o epineuro, dando-se perfeita coaptação das superfícies cruentas. Sutura da aponeurose e da pele. Cicatrização por primeira intenção.

O exame anatomo-pathológico feito pelo prof. Carmo Lordy revelou tratarse de tecido cicatricial envolvendo fibras nervosas.

Seis meses depois o doente já tinha recuperado a sensibilidade cutânea nos dedos mínimo e anular e quasi não se notava mais a atrofia. Continua em observação e em tratamento antiluetico, pois apresentava Wassermann ++, Sachs-Georgi positiva e Kahn também positiva (dr. Prata Mendes).

Endereço: Praça Ramos Azevedo, 18.

(*) Resumo de um caso da clínica cirúrgica do dr. Eurico Branco Ribeiro.

UZARA

**ESTADOS ESPASMODICOS
DA MUSCULATURA LISA**

(*Diarrheas de qualquer natureza, Dysmenorrhreas, Tenesmo, Affecções biliares, Insuficiencia cardiaca, Asthma bronchica*)

POSOLOGIA: 3 vezes ao dia com intervalos mínimos de 2 horas.

LATENTES: V-XV gotas ou 1/2 comprimido.

CREANÇAS: de 4 a 12 annos : XV-XX gotas ou 1 comprimido.

ADULTOS: XXX gotas ou 2 comprimidos.

CAIXA POSTAL 2310

SÃO PAULO

Fracturas multiplas dos ossos da bacia com luxação da articulação sacro-illiaca direita e da symphise pubiana (*)

Dr. Caetano Zamitti Mammana

Cirurgião da Santa Casa de Misericordia.

Na maioria dos casos as fracturas da bacia são devidas á acção de um corpo vulnerante animado de força viva variavel agindo de encontro á sua superficie: passagem de uma roda de vehiculo, pressão entre dois wagões, golpes directos, desmoronamentos, etc.

Outras vezes ao contrario, é a bacia que vai directa ou indirectamente de encontro ao corpo vulnetante: quedas em que a região pubiana vem de encontro a uma pedra, quedas de grandes alturas sobre os pés, joelhos ou ischions, etc.

Finalmente rarissimos são os casos de fracturas devidos á acção de fortes contrações musculares.

Seja qual for o modo a bacia só se fractura quando o traumatismo é muito violento.

Particularmente interessantes são as fracturas multiplas da bacia que focalisamos neste nosso pequeno trabalho, e que não oicasionadas por traumatismo que agem num de seus diffrentes diametros, antero-posterior, transversal ou de cima para baixo.

1.) *PRESSÃO AGINDO NO SENTIDO ANTERO-POSTERIOR*: — Neste caso a força pode agir sobre a symphisis pubiana, ou sobre as duas espinhas iliacas antero-superiores.

a) Agindo ao nível da região symphisiaria o anel pelviano de forma ovoide tende a se achatar e se a pressão passar os limites de resistencia do anel, este se rompe.

Como consequencia na maioria dos casos temos a fractura simetrica dos dois pubis (ramos horizontal e descendente).

(*) Comunicação feita á Secção da Cirurgia da Associação Paulista de Medicina em 10-8-1935.

Nos traumatismos mais intensos o osso illiaco á então impelido para fóra, determinando uma d'astasis da articulação sacro-illiaca uni ou bi-lateral e quando o ligamento inter-osséo é muito resistente e difícil de se romper arranca consigo uma porção do sacro sobre o qual se insere, ou mesmo determina a fractura de suas azas.

b) Como consequencia da acção sobre as duas espinhas illiacas antero-superiores, pode-se ter a fractura indirecta de um ou dos dois ossos do pubis isoladamente ou esta fractura associada á disjunção de uma ou das duas symphyses sacro-illiacas.

Alem d'issò pode-se dar o caso de agir a força de traz para deante sobre o diametro antero-posterior determinando as mesmas lesões anteriormente descriptas; noutros casos a luxação do sacro para deante juntamente a fractura dos dois ramos do pubis ao nível da iminencia pectinea do canal sub-pubiano e finalmente outras vezes a fractura isolada do ramo horizontal.

2.º) *COMPRESSÃO LATERAL:* — Na compressão lateral da bacia isto é, sobre seu diametro transverso a força pode agir directamente sobre a crista illiaca ou sobre a cavidade cotyloide por intermedio do grande trocante.

a) Acção da força sobre a crista illiaca: Como consequencia a bacia se achata fracturando-se de inicio na parte mais fraca, isto é, no pubis ao nível de seus ramos horizontal e vertical, de um ou dos dois lados.

Nos casos de fractura dos do's ramos do pubis o buraco obturador se apresenta aberto em cima e medianamente.

Mais raramente a fractura do pubis se associa á fractura vertical posterior do osso illiaco nas proximidades da articulação sacro-illiaca (ponto fraco posterior).

A violencia sendo grande e continuando a agir sobre o osso illiaco tornando livre adeante como um braço de alavanca, dá como resultado a distenção dos ligamentos da synchondrose sacro-illiaca podendo-se observar os tres factos seguintes: ,

1) A aza illiaca penetra na parte anterior da aza do sacro esmagando-a, ao mesmo tempo que o ligamento sacro-illiaco posterior arranca uma parte da superficie articular posterior da aza sacra.

2) A aza sacra se fractura na linra dos buracos sacros.

3) A parte posterior da aza illiaca se fractura nas vizinhanças da articulação sacro-illiaca seguindo uma linha de ruptura vertical que vae da espinha illiaca postero superior á chanfradura sciatica.

Quando a pressão é mais intensa ao nível das cristas illiacas a fractura da cintura pelvica se complica geralmente com a fractura da cintura pelvica se complica geralmente com a fractura directa mais ou menos communitativa da aza illiaca.

b) *A força age sobre o acetabulo por intermedio da cabeça femural:* — Nestes casos observa-se a fractura da cavidade cotyloide

e de seu supercilio acompanhada ordinariamente de luxação da anca. Estas fracturas interessam a parte posterior e superior do supercilio cotoyloide e o fragmento destacado acompanha quasi sempre a cabeça femural em seu deslocamento para cima.

Ordinariamente a simples redução da luxação da coxo-femural leva á redução o supercilio cotoyloideo. As fracturas marginaes também observadas nas distorções e nas luxações da anca devido á forte tracção dos ligamentos capsulares podem tambem produzir-se si bem que mais raramente nas contusões trochanterianas pela acção directa da cabeça do femur sobre os bordos da cavidade cotoyloide.

E' importante notar que as fracturas do fundo da cavidade cotoyloide são devidas ao choque violento da cabeça do femur impelida contra o cotyle por uma violentissima compressão sobre o correspondente trocanter enquanto que nas contusões indirectas a fractura interessa a parte superior do fundo e bordo do cotyle.

A fractura marginal da cavidade cotoyloide é sempre acompanhada de hemarthrose.

Nas fracturas do fundo da cavidade cotoyloide tem grande importancia o prognostico pela residual limitação dos movimentos da articulação coxo-femural sue as vezes sofre mesmo completa ankylose e pelas eventuais lesões do nervo obturador (nevralgias).

Alem do choque trochanteriano ha uma certa pressão lateral exercida sobre os ossos illiacos dando em resultado a luxação da articulação sacro-illiaca d'reita com rotação desse fragmento do osso illiaco para dentro.

c) *NA COMPRESSÃO EM DIAGONAL* a força age sobre uma zona limitada da bacia.

Algumas vezes a linha de fractura posterior se aproxima da linha de fractura anterior do pub's e noutros casos á disjunção da symphise se associa uma fractura mais ou menos vertical do illion passando pelo cotyle.

3) *A PRESSÃO AGINDO DE BAIXO PARA CIMA*: — Nos casos de quedas sobre os pés, joelhos e schion temos as fracturas por acção indirecta.

Sendo raros os casos de fracturas multiplas da bacia com concomitante luxação da articulação sacro-illiaca e da symphise pubiana, resolvemos em vista do optimo resultado cirurgico por nós obtido, relatar esta interessante observação:

O serviço. — P. G. com 26 annos, funcionario publico.

Em 9-3-954 viajando no estribô de um auto-caminhão no Orchidario do Estado, em dado momento numa curva e em consequencia de uma manobra infeliz do chauffeur, o auto tombou ficando o pobre rapaz com sua bacia imprensada entre a cabina do pesado veículo e o solo. Devido á violencia do traumatismo, em estado de choque foi imediatamente removido para uma das enfermarias de Cirurgia da Santa Casa de Misericordia e oito dias depois para um quarto da Casa de Saude Matarazzo ficando desde esse momento sob os nossos cuidados.

Exame feito no dia 19-3-934.

Doente em decubito dorsal esquerdo impossibilitado de se mover na cama, accusando dores vivas nas regiões pubiana, ischiática, e sacro illiaca direita, dores essas que se irradiam para os dois membros. Attitude viciosa do membro inferior direito que se apresenta em *addução* accentuada da coxa com *rotação interna*. Bacia ligeiramente achatada, constatando-se visivel approximação da aza illiaca direita para a linha mediana. As duas metades pelvicas não estão perfeitamente symetricas, facto este importante e constatável pela radiographia (fig. 1).

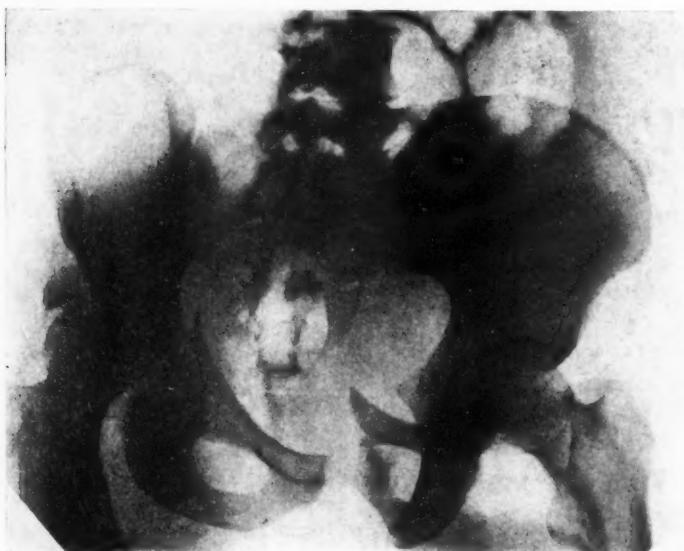


Fig. 1 — As facetas articulares da articulação sacro-iliaca direita apresentam ligeiramente afastadas e a aza illiaca torcida para dentro approximando-se da linha mediana. Ao nível da articulação coxo-femural direita vemos que a cabeça do femur resistindo ao traumatismo fracturou em diversos pontos a cavidade cotoyloide attingindo o rebordo do acetabulo e se acha luxada para cima, havendo um arrancamento do mesmo cujo fragmento se projecta acima da cabeça femural. A symphise pubiana descolou-se e os dois pubis afastaram-se de cerca de 3 cents. Nota-se que o pubis esquerdo se fracturou em dois pontos; um traço irregular de fractura no ramo horizontal e outro traço na parte do ramo vertical ao nível da junção com o ischion esquerdo. (14-3-934).

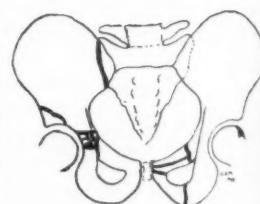


Fig. 2 — Esquema da fig. 1 mostrando as diferentes linhas de fractura.

O grande trocante direito se apresenta em posição mais elevada do que o esquerdo. O extravasamento sanguíneo produzido por occasião do acidente evindica-se pelas extensas ecchymoses localizadas na região hypogástrica, região pubiana, regiões inguinaes acima dos ligamentos de Poupart e abaixo ao longo das faces posteriores das coxas, tuberosidades ischiáticas, períneo, escroto e região peri-anal.

A impotencia funcional do membro inferior direito é completa. O doente se acha impossibilitado de mudar de posição no leito, não conseguindo fazer nenhum movimento e para poder repousar prefere o decubito lateral esquerdo.

Todo e qualquer movimento que procuramos imprimir aos seus membros inferiores aumenta as dores principalmente quando as manobras visam o membro direito.

Signal de Gosselin positivo (abdução extremamente dolorosa).

Apesar de toda a suavidade com que praticamos o exame, o doente reclama accusando fortes dores que aumentam com a pressão, ao nível da região sacra, articulação coxo-femural e região pubiana direita, até a virilha esquerda.

A aproximação das duas espinhas ilíacas anteriores exercendo-se pressão transversalmente sobre as duas azas da bacia (Signal de Verneuil) assim como a tentativa de afastamento das duas azas ilíacas por meio de pressões excentricas sobre as espinhas ilíacas antero-superiores (Signal de Larrey) determinam dôres agudas, sentindo-se também uma crepitação ossea.

Essas manobras foram feitas com o máximo cuidado porque são perigosas e expõem o doente à lesões viscerais particularmente à perfurações da bexiga, pelas extremidades dos fragmentos púbicos.

Pela palpação da região pubiana em vista do grande afastamento dos dois pubis conseguimos facilmente introduzir entre elles dois dedos transversos.

O membro inferior direito se apresenta encurtado de 4 cents.

O doente urina bem, seu ventre é flácido e não apresenta signaes de lesões para o lado do recto, bexiga ou outro órgão abdominal.

Feito o exame requisitamos uma radiographia da bacia afim de constatarmos as fracturas nella existentes.

Radiographia. — Interpretando a radiographia da Fig. 1, podemos esquematizar as fracturas verificadas neste caso com o desenho da Fig. 2 e teremos:

As facetas articulares da articulação sacro-iliaca direita se apresentam ligeiramente afastadas e a aza ilíaca com rotação interna aproximando-se da linha mediana. Ao nível da articulação coxo-femural direita vemos que a cabeça do fémur resistindo ao traumatismo fracturou em diversos pontos a cavidade cotoyloide atingindo o rebordo do acetábulo e se acha luxada para cima, havendo um arrancamento deste mesmo cujo fragmento se projecta acima da cabeça femural.

A symphise pubiana descolou-se e os dois pubis afastaram-se cerca de 3 centímetros. Nota-se que o pubis esquerdo se fracturou em dois pontos; um traço irregular de fratura no ramo horizontal e outro trazo na parte do ramo vertical ao nível da juncção com o ischion esquerdo.

Tratamento. — Como primeira medida collocamos nosso doente numa gotteira de Bonnet e tentamos a redução da luxação da articulação coxo-femural exercendo forte tracção sobre o membro ao mesmo tempo que o collocamos em abdução e rotação para fora.

Depois disso o membro se manteve na posição visada mas apresentava um encurtamento de cerca de 4 centímetros. Resolvemos então colocar um aparelho de extensão continua de Tillaux com a esperança de conseguirmos uma melhor redução da luxação, assim como de obtermos um certo aproximação dos fragmentos fracturados, sem corrermos o perigo de uma lesão visceral por parte das extremidades dos fragmentos das diferentes fracturas especialmente do pubis em relação à bexiga e à arteria femural esquerda.

Como se pode ver na Fig. 3 o resultado não foi de todo mau, melhorando a disposição dos fragmentos fracturados. Com efeito ahí se pode verificar que a luxação da articulação sacro-iliaca direita reduziu-se; a cabeça do fémur direito entrou na cavidade cotoyloide trazendo consigo o fragmento do rebordo do acetábulo que se achava afastado para cima.

Sí nessa região obtivemos este resultado o mesmo não se deu com o pubis e ischion direito, que no momento da extensão combinada com a abdução e rotação para fóra acompanharam estes movimentos de tal modo que o ramo direito do pubis veio ocupar, deslocando-se de deante para traz e ligeiramente para a direita tal posição que a faceta da symphise pubiana ficou disposta para a frente.



da fig.
fferentes
tura.

de o
evi-
pu-
das
gião

Na tracção os tecidos molles levaram tambem para posição melhor os outros fragmentos osseos constituídos pelo ramo horizontal e ascendente do pubis, e, parte do ischion esquerdo.

Como resultado desta manobra o afastamento da symphise pubica passou a ser maior. Em vista disso resolvemos intervir afim de praticar uma osteo-syntese da symphise pubiana abrangendo a sutura superiormente os ramos horizontaes e inferiormente os ramos verticais.

Cuidados pre-operatórios. — Alguns dias antes da operação preparamos nosso doente com vaccinação geral preventiva, fazendo diariamente uma ampola de Vacina Antipyogena polivalente Dallari.

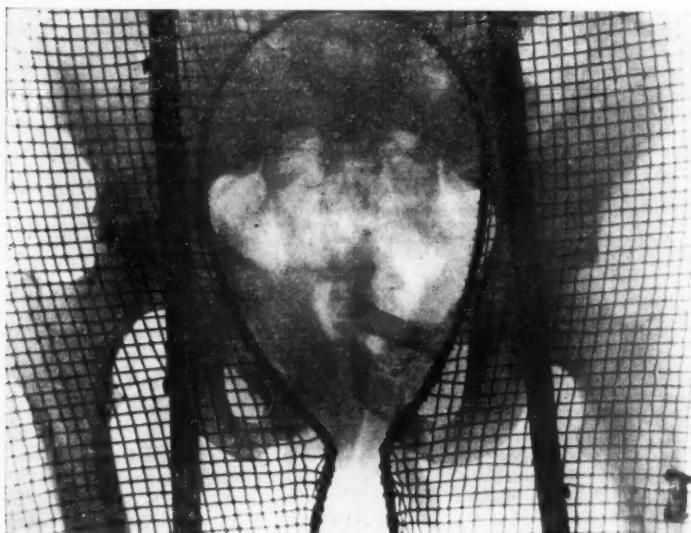


Fig. 3 — O resultado não foi de todo mau, melhorando a disposição dos fragmentos fracturados. Com efeito ahí se pode verificar que a luxação da articulação sacro-iliaca direita reduziu-se. A cabeça do fêmur direito entrou na cavidade cotyloide trazendo consigo o fragmento do reborde do acetáculo que se achava afastado para cima. (26-3-934).

Durante dois dias administramos uma colher das de café de bicarbonato de sodio de duas em duas horas; uma ampola de 250 c.c. de sôro glycosado ao dia e duas ampolas de succo hepatico.

Intervenção. — Posição do doente, decubito dorsal; Anestesia , pelo Balsófornio; Operador, Dr. Caetano Zamitti Mammana; Auxiliares, Dr. Pereira Ramos e Doutorando Siqueira Ferreira; Anesthesista, Doutorando Argemiro Losacco.

Em vista da complexidade da fractura intervimos pela via sub-pubiana preconizada por *Langenbuch*, nas intervenções sobre a bexiga.

Seccionada a pele e tecido celular sub-cutaneo e afastado o ligamento superior do penis tivemos o cuidado de não lesar o plexo de Santorini.

Entre o intersticio formado pelo grande afastamento da symphise pubiana encontramos um grande coágulo sanguíneo que foi retirado.

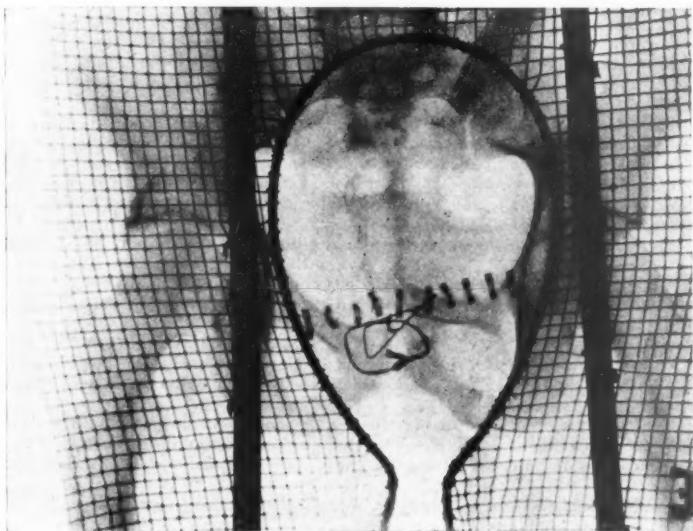


Fig. 4 — Nesta radiographia verifica-se a perfeita regularidade do arco cervico-liturbador à direita. Cabeça femural em perfeito contacto com o acetabulo. Grande aproximação dos fragmentos osseos do pubis por intermedio dos fios de osteo-synthese. (23-3-934).



Fig. 5 — Retirada a gotteira de Bonnet verifica-se a formação de callos osseos nos diferentes focos de fractura. (7-4-934).

Localisamos a faceta articular direita da symphise pubiana que se achava a 5 dedos transversos da linha mediana e disposta para a frente. Com um perfurador articulado no trepano de Doyen praticamos no pubis 4 orificios: um em cada ramo horizontal e um em cada ramo vertical. Difficil foi essa manobra nos ramos direitos do pubis.

Passamos os fios de bronze pelos orificios osseos conseguidos e pedimos ao segundo auxiliar para que collocasse o membro inferior direito em flexão e addução forçada da coxa enquanto que o primeiro auxiliar exercia forte pressão sobre o ramo horizontal direito afim de aproximar as facetas dos pubis. Uma vez conseguido o nosso intuito torcemos os fios de bronze e fizemos voltar á posição primitiva o membro inferior direito.

Fechamento da parede em varios planos e drenagem com alguns fios de crina de Florença.

A articulação coxo-femural direita em consequencia da manobra descripta tornou a luxar-se tendo sido necessário proceder-se á sua redução depois de terminada a operação.

Periodo post-operatorio. — Terminada a operação o doente immobilizado numa gotteira de Bonnet foi levado ao gabinete Radiológico para se verificar o resultado:

Na fig. n.º 4 verifica-se a perfeita regularidade do arco cervico-obturador á direita. Cabeça femural em perfeito contacto com o acetabulo. Grande aproximamento dos fragmentos osseos do pubis por intermedio dos fios da osteosynthese.

Desde o segundo dia da operação foram feitas massagens nos musculos do membro inferior, mobilização da coxo-femural direita impondo ao membro movimentos de flexão e extensão sobre essa mesma articulação.

Administraramos gluconato de calcio por via endo-venosa alternando-o com calcio coloidal com ostelin por via hypodermica, e vaccina anti-pyogena Dallari, de 2 em 2 dias, até o 30.º dia quando foi retirada a gotteira de Bonnet (figs. 5 e 6.)

Setenta e cinco dias depois foi praticada a segunda intervenção com anestesia local para a retirada dos fios de bronze (fig. 7).

Noventa dias depois o nosso doente tinha alta curado voltando a ocupar seu lugar de chauffeur no Instituto Biológico.

Nas figuras 8 (doente em pé) e 9 (doente de cocoras) pode-se observar que o membro inferior direito não sofreu encurtamento algum e além do mais apresenta todos seus movimento a articulação coxo-femural direita.

DISCUSSÃO: — Resta-nos agora interpretar o mecanismo pelo qual se teriam produzido em P.G. as diferentes fracturas acima descriptas

N'a queda sobre o seu lado direto o choque transmitido pelo auto caminhão attingiu directamente a crista illiaca direita e indirectamente por intermedio do grande trocanter o fundo da cavidade cotoyloide do mesmo lado.

Pela acção da força sobre a crista illiaca a bacia se achatou transversalmente tomando a forma de oval alongada e o pubis cedendo em primeiro logar fracturou-se ao nível dos quadros superior e inferior do buraco obturador esquerdo e como o traumatismo foi muito intenso houve alem dessa fractura uma luxação da symphise pubiana.

Ao mesmo tempo o osso illiaco direito tendo seu apoio anterior supprimido tornou-se livre e girou como o braço de uma alavanca ao redor da articulação sacro-illiaca direita distendendo os ligamentos sacro-iliacos posteriores.



Fig. 6 — Setenta e cinco dias depois de praticada a primeira intervenção foram retirados os fios de bronze. (4-6-934).



Fig. 7 — Os callos ósseos nos diferentes fócos de fratura se apresentam mais densos. (25-4-934).



Fig. 8 — Doente em pé. Pode-se observar que o membro inferior direito não sofreu encurtamento algum. (7-8-935).

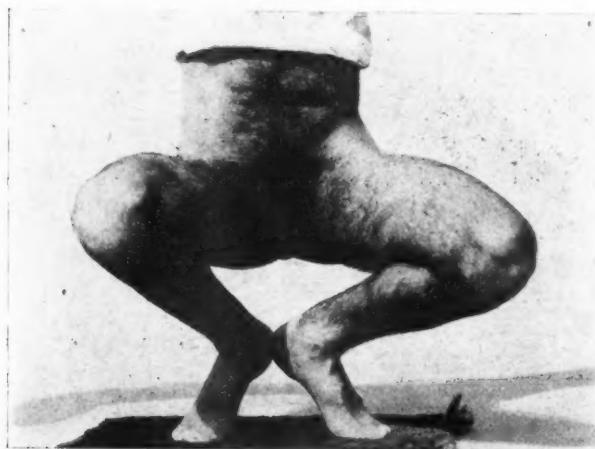


Fig. 9 — Doente de cocoras. Ao nível da coxo-femural direita o doente pode executar todos os movimentos. (7-8-935).

Da acção indirecta da força sobre a cavidade cotoyloide atravez a cabeça femural resultou a fractura do fundo e da parte posterior e superior do supercilio cotoyloideo com consequente deslocamento do fragmento destacado que acompanhou a luxação para cima da cabeça do femur.

CONCLUSÃO: — Podemos dizer que se trata no nosso caso de fracturas multiplas irregulares bi-lateraes e constituindo uma verdadeira fractura da bacia com luxação da articulação sacro-iliaca direita e da symphise pubiana.

Alem do esmagamento da bacia soffreu tambem nosso doente na accisão do desastre um traumatismo na coxa direita com lesão do nervo sciatico-popliteo externo, determinando a paralysia da região por elle innervada.

Em vista disso pedimos aos Drs. Adherbal Tolosa e Paulino Longo, assistentes de Neurologia da Faculdade de Medicina de São Paulo, para procederam a um exame electrico dos musculos dos membros inferiores de P. G. cujo resultado transcrevemos abaixo:

RELATÓRIO

São Paulo, 17 de Abril de 1954.

Ilmo. Snr. Dr. Caetano Zamitti Mammana.

Exame do sistema nervoso feito na pessoa do Snr. P. G. internado na casa de Saude Francesco Matarazzo, quarto 65.

Examinamos o paciente, já sem apparelos immobilizadores.

O exame somatico, com respeito ao sistema nervoso, apenas revelou anormalidades para o membro inferior direito: reflexo achiliano um tanto diminuido; paralysia dos movimentos de flexão dorsal e rotação do pé. Pé calido, obrigando o doente á marcha característica escarvante, unilateral. Certo grau de diminuição da força muscular na flexão da perna sobre a coxa e desta sobre a bacia.

Não se notam atrophias sensíveis nem tremores fibrillares.

Feito o diagnostico de lesão predominante do sciatico popliteo externo solictamos um exame electrico o qual, feito pelo Dr. Paulino Longo revelou: Reacção de degeneração em todos os musculos de innervação sciatica direita e seus ramos, principalmente do sciatico popliteo externo onde existe R. D. total em dois pontos motores. As modificações qualitativas da contracção, observada, se enquadram numa R. D. parcial e incompleta exceptuados aqueles pontos alludidos. Verificamos igualmente R. D. parcial e menos intensa no territorio do obturador bem como certa hypoexcitabilidade dos musculos de innervação crural, que pode ser atribuida ao repouso forçado. No lado esquerdo nada encontramos de anormal. Diante disso instituimos o tratamento pela mechanotherapy, galvanotherapy e injecções diárias de strichinina, com o qual o doente está em vias de cura.

NOTA. — Não havia dores nem pontos dolorosos. Somos de opinião que a lesão peripherica do sciatico direito, com predominância do sciatico popliteo externo, foi devida antes ao accidente do que ao apparelho immobilizador.

a) Dr. ADHERBAL TOLOZA.

RELATÓRIO

Ilmos. Snrs. Drs. Caetano Zamitti Mammana e Adherbal Toloza.

Exame electrico dos musculos dos membros inferiores do Snr. P. G. internado na casa de Saude Francesco Matarazzo, quarto n.º 65, consoante requisição do exmo. Snr. Dr. Adherbal Pinheiro Machado Toloza :

PONTOS MOTORES	LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
Nervo Sciatico	22 M.A. C. lenta e Inv. polar	XX 12 M.A.
Sciaticopoliteu interno . .	22 M.A. C. lenta e Inv. polar	10 M.A.
Sciaticopopliteu externo. .	32 M.A. C. lenta e Inv. polar	11 M.A.
Nervo crural	15 M.A. Eguald. polar	9 M.A.
Tibial posterior.	23 M.A. C. lenta e Inv. polar	8 M.A.
<i>Músculos :</i>		
Pectíneo	13 M.A. Contração bôa	12 M.A.
Adductor da coxa (medio)	19 M.A. C. L. Inversão polar	9 M.A.
Biceps	20 M.A. Eguald. polar	8 M.A.
Semitendinoso e semi- membranoso	18 M.A. Eguald. polar	9 M.A.
Grande gluteo	22 M.A. Inversão polar	9 M.A.
Medio gluteo.	24 M.A. Inversão polar	8 M.A.
Quadrado do lombo . .	11 M.A. Normal	9 M.A.
Recto anterior da coxa .	10 M.A. Normal	11 M.A.
Vas'o interno	12 M.A. Inversão polar	10 M.A.
Vasto externo	10 M.A. Normal	9 M.A.
Costureiro	11 M.A. Normal	8 M.A.
Tensor do fascia lata . .	17 M.A. Normal e R. Longit.	9 M.A.
Tibial anterior	35 M.A. C. Fraca, Inv. versão e C. L. .	9 M.A.
Longo peroneiro lateral .	30 M.A. C. Fraca, C. lenta e Inv. polar .	9 M.A.
Curto peroneiro lateral .	33 M.A. C. F. C. lenta e Inv. polar. . .	9 M.A.
Extensor comm. dedos do pé	Inexcitável com 38;M.A.	9 M.A.
Extensor proprio grande dedo	Inexcitável com 38 ; M.A. R.D.	7 M.A.
Gemeo interno	22 M.A. C.L. I. polar	8 M.A.
Gemeo externo	18 M.A. Eugald. polar C.F.	8 M.A.
Pedioso	20 M.A. E.P. C.Lenta	10 M.A.
Recto anterior abdomen	11 M.A. Normal. . . .	11 M.A.
Grande obliquo	13 M.A. Normal. . . .	11 M.A.

CONCLUSÃO

Observamos reacção de degeneração em todos os músculos de innervação dependente do sciático e seus ramos, principalmente do sciaticopoliteu externo direito onde existe R.D. total em dois pontos motores.

As modificações qualitativas da contração observadas se enquadram numa R.D. parcial e incompleta exceptuados aquelles pontos alludidos.

Verificamos igualmente R.D. parcial e menos intensa no territorio do obturador, bem como certa hypoexcitabilidade dos músculos de innervação crural, que pode ser atribuída ao repouso forçado.

No lado esquerdo nada encontramos de anormal.

Pedimos a volta do paciente após 20 dias de tratamento galvanotherápico para a verificação da regeneração.

São Paulo, 19-4-54

(a) Dr. PAULINO LONGO.

Endereço: Rua Manoel Dutra, 15.

A Rhabdomancia e sua applicação na defesa da saude (*)

Dr. Alfredo Ernesto Becker

Engenheiro architecto em S. Paulo.

Aqui estou, novamente, para tratar de um assumpto de maxima importancia para o futuro da humanidade e que, no momento, empolga e apaixona os centros cultos da Europa, esboçando um movimento de renovação scientifica e de reacção ideologica.

A causa de tão grande repercussão é o phenomeno da forquilha, mais conhecido por "varinha de condão" ou "vara magica".

E' a arte que vem finalmente de ser comprehendida, e e que ha milhares de annos prestava aos nossos antepassados os melhores serviços, nas continuas luctas contra a naturesa, e tambem na descoberta de preciosos thesouros do sub-solo.

Mais uma vez a vara magica revela-se protectora do homem, defendendo-o das doenças e prevenindo-o contra o flagello — O CANCER — que tão assustadoramente ameaça exterminar toda humnidade.

Esta obra benemerita devemos, em grande parte, aos rhabdomanos alemaes. Rhabdomanos são as pessoas sensitivas que sabem indicar, com toda exactidão, a existencia das aguas em correntesa do subsolo, e de thesouros preciosos, como: carvão, saes, metaes, petroleo, etc., que a crosta terrestre esconde zelosamente em suas entranhas.

Para isto, os sensitivos de hoje, se servem, como os de outróra, principalmente da forquilha, instrumento este constituido de um galho fino bifurcado, ou então confeccionado por barbatanas, arames de qualquer metal, como: ouro, prata, cobre, latão, aço, ferro, aluminio, etc. Mas os serviços prestados por esses sensitivos da forquilha não se limitam á conquista desses beneficios matérias. Hoje,

(*) Palestra-communication ao Rotary-Clube de São Paulo em 12-VII-1935.



elles intervêm decisivamente na pratica medica, nas construcções de casas, na racionalisação da agricultura e da pecuaria, derrotando innumeras convicções falsas da geologia, biologia, physica e da medicina, substituindo-as por uma immensidade de novas revelações de véras surprehendentes!

Os precursores d'esta nova orientação foram seguramente os chinezes, que conheciam, ha mais de 4.000 annos, todos os segredos e beneficios da forquilha.

De facto, ainda hoje não se constrói uma casa na China, sem que os „magicos da terra” tenham primeiro verificado e apôs declarado livre da influencia mortifera dos “demonios do sub-solo”, a área a ser construida.

Para isso impregnam a “varinha”, e não parece haver duvida de que esses “demonios” não significam outra cousa, senão a extraordinaria influencia de determinadas faixas e zonas do sub-solo sobre toda a vida biologica, e em particular sobre a vida do homem.

E' exactamente destas influencias que aqui trataremos, e contra as quaes devemos, de hoje em diante, nos preservar, em beneficio proprio e em beneficio de toda a collectividade.

Esta extraordinaria descoberta pôde ser resumida do seguinte modo:

- 1.) — Os sensitivos sempre afirmaram que as aguas em correntes do sub-solo aparecem geralmente em leitos fixos, e que podem ser determinados com toda exactidão pelas rotações da forquilha.

Esta affirmação foi, pela Geologia official, considerada, durante longo tempo, como um absurdo. Hoje, porém, a opinião scientifica converteu-se, conforme se pôde deprehender da sentença proferida, em 1933, pelo celebre Geologo Allemão Dr. med. h. c., Dr. Cch. h. c., Dr. phil. nat. Johannes Walther. Este illustre professor das cadeiras de Geologia e Paeonthologia da Universidade de Halle diz o seguinte:

"A' pergunta, se a agua subterranea se movimenta em arterias nitidamente distinctas e em determinadas direcções ou se ella forma um lençol horizontal generalisado, responderam outrora muito diversamente, porque a maioria dos Geologos negava a suposição de arterias subterraneas distinctas. Hoje, porém, está seguramente provado, e isto devido ás pesquisas feitas numa jazida de lignite, e sob o maximo criterio, que os "sensitivos da vara" tiveram inteira razão na suposição da existencia de arterias nitidamente distinctas".

- 2.) — Os sensitivos sempre afirmaram que conseguem reconhecer as diversas substancias do sub-solo e especialmente a das aguas em correntes, pelas suas radiações, que são por elles chamadas de "raios terrestres". Tambem esta affirmativa foi considerada absurda pelos representantes officiaes das sciencias.

Conscienciosas medições, porém, com apparelhos de precisão, levadas a effeito em 1932 pelo eng. allemão G. Lehmann e em 1934 pelo physico allemão Dr. Paulo E. Dobler provaram que os campos aquipotenciales electro-magneticos da atmosphera apresentam deformações muito pronunciadas, e isto exactamente sobre as projecções verticaes das margens das correntes subterraneas.

Este phenomeno só podia ser provocado nesse caso, por uma radiação. Esta deducção da logica teve, finalmente, em 1934, plena confirmação scientifica. Foi ainda o physico Dr. Dobler, que conseguiu fixar, em chapas photographicas, os effeitos indirectos dessa nova radiação. Tornou-se assim possível classifical-a definitivamente e calcular os comprimentos das suas ondas. Os raios terrestres são de natureza electro-magnetica e pertencem ao campo, até hoje desconhecido e que se localisa entre luz "ultravermelho" e "ondas hertzianas das mais curtas", em ondas, portanto, de 10 cm. a 0,343 mm.

3.^o) — Os sensitivos da forquilha sempre affirmaram que os raios terrestres constituem a verdadeira causa do apparecimento das doenças e sobretudo do cancer, na vida do homem, em particular, e em toda vida biologica em geral. Exemplifiquemos: uma pessoa que dorme exactamente sobre um veio d'agua em correntesa do sub-solo ou que durante o dia costuma permanecer longamente sobre taes veios adoecerá fatalmente. No começo, sentirá dôr de cabeça, dores no corpo, insomnia, máo estar, comichão, neurastenia, etc. Mais tarde sentirá dores nevralgicas ou asthma, ou dores hepaticas, renas, pulmonares, etc. Finalmente a molestia se manifestará de modo claro e decisivo — acabando frequentemente por degenerar no pavoroso phenomeno do cancer, quando para tal houver predisposição.

Para melhor esclarecimento de tão palpitable assumpto, quero deixar bem claro que as aguas sub-solicias só são perniciosas á saude, quando em correntesa. Os extensos lençóis d'água do sub-solo quando immoveis, como por exemplo, o existente na baixada dos bairros do Jardim America e do Jardim Paulista, não são em absoluto prejudiciaes. Os moradores daqueles bairros só serão por elles affectados quando as suas camas estiverem localisadas sobre veios sub-solicos, em correnteza, que tambem ahi existem, independentes daquelle lençol immovel, conforme pude constatar nas inumeras pesquisas por mim feitas com a forquilha. Entretanto posso affirmar que estes veios em correnteza, são encontrados menos frequentemente nesta parte da cidade.

As affirmativas dos sensitivos allemaes sobre a intima relação que existe entre raios terrestres, as molestias em geral, e o cancer em particular, sofreram no inicio, forte reacção. Hoje, porém, está seguramente provado, e isso pelos extraordinarios resultados de pesquisas criteriosas feitas na Alemanha, que o phenomeno do cancer está intimamente á influencia directa e maléfica dos "raios terrestres".

Devido a premencia de tempo abstengo-me de esclarecimentos mais detalhados. Proximamente terei occasião de, numa conferencia especial, tratar do assumpto mais minuciosamente e trazer á publico os resultados das minhas pesquisas feitas no decorrer do exercicio da minha profissão.

Limito-me, pois, a rapida enumeração dos resultados obtidos oficialmente em tres cidades da Alemanha. Devo, antes de mais nada, salientar o nome do grande sensitivo Allemão, Barão von Pohl, a quem a humanidade deve uma grande gratidão pelo facto de ter, como primeiro, alcançado o extraordinario valor desta descoberta e ainda de ter fornecido as primeiras provas.

Von Pohl teve a idéa de determinar todos os veios d'água que correm no sub-solo de uma cidade, capazes de provocar, pela intensidade de suas radiações, o phänomeno do cancer e indicar o curso desses veios na planta official dessa mesma cidade. Para isso, escolheu a pequena cidade de Vilsbiburg, de 3.000 habitantes e que se encontra na baixa Baviera.

O Prefeito da localidade acedeu de bôa vontade ao pedido do sensitivo, estabelecendo condições severas para um efficiente controle, sobre os quaes deveriam ser executados os trabalhos. O medico official ficou incumbido de elaborar, pelos attestados officiaes, a lista dos obitos devidos ao cancer. Esta lista ficou mantida em reserva e somente publicada por occasião do exame final. Os attestados de obito só remontavam ao anno de 1918. Desta data até o fim de 1928, em 11 annos portanto, tinham-se observado 48 casos de cancer, aos quaes se juntaram ainda outros 6, ocorridos em epoca anterior e que eram attestados por outros documentos. Tratava-se assim de verificar, se, de facto, todos estes casos fataes, se tinham dado em pessoas, cujas camas se localisavam exactamente sobre veios d'água subterranea em correnteza.

Von Pohl executou os seus trabalhos entre 13 e 19 de Janeiro de 1929, que tiveram o mais completo exito, conforme se pôde deprehender do laudo official confeccionado pelas autoridades municipaes e cujo final é do seguinte theor:

"Pelas plantas resalta a facto espantoso, de que todos os casos de morte pelo cancer, ocorridos em Vilsbiburg, se localisam sobre as fortes correntes d'água subterranea indicadas pelo Barão von Pohl.

"Por occasião da inspecção assistida pelo 1.º Burgomestre, J. Brandl, procedeu-se ás pesquisas das casas, quando o Barão von Pohl tinha designado uma dellas como perigosas para o cancer, determinando ainda, do lado de fóra, o quarto (ou nos casos de casas assobradadas, os dois quartos sobrepostos) e nelle a disposição e localização do leito em que morrera o canceroso. Os dados fornecidos pelo Barão von Pohl, ainda do lado de fóra, verificaram-se como exactos, em todos os casos, por occasião das informações dos descendentes do morto ao Sr. 1.º Burgomestre ou então á autoridade policial presente. Quando em um quarto se encontravam duas camas separadas, o Barão von Pohl prohibia imediatamente todo e qualquer esclarecimento sobre a cama ocupada pelo morto, determinando todas as vezes, com grande espanto dos presentes, em qual dellas o doente de cancer tinha falecido. Mesmo na residencia do guarda da torre, que se acha na torre do mercado e a 22 mts. de altura sobre o solo poude ser feita a mesma verificação".

"Com isso fica constatado que o Barão von Pohl conseguiu plenamente a prova para o que está subordinado ao título "Intenção", isto é, que os casos de morte pelo cancer se dão exclusivamente em casas, quartos e camas que se encontrem sobre veios d'água subterrâneos marcadamente possantes".

Esta extraordinária victoria do sensitivo alemão ganhou ainda maior importânci com o decorrer do tempo. Pois um anno e meio após, voltou von Pohl novamente á cidade de Vilsbiburg. Neste lapso de tempo tinhâm occorido mais 11 casos de morte pelo cancer. O mesmo medico Municipal elaborou a nova lista desses obitos, constatando, que todas as camas fataes localizavam-se exactamente sobre os mesmos veios d'água subterrâno, determinados ha um anno e meio atrá.

O novo certificado elaborado em Agosto de 1930 pelo novo Prefeito termina como segue:

"A lista indica onze nomes, dos quaes teve que ser eliminado no exame de hoje, um caso pelo facto da morada do mesmo não se localizar na planta de 1:1000.

"O exame dos mencionados dez casos — de cancer — com a planta dos veios subterrâneos de Vilsbiburg, elaborada pelo Barão von Pohl, demonstrou que todos estes 10 casos mortaes se deram exactamente sobre taes correntes sub-solicias."

Von Pohl submetteu tambem á cidade de Grafenau, com 2.000 habitantes, a rigorosa inspecção nesse sentido a 4 e 5 de Maio de 1930. Pelos attestados de obito que existiam desde 1914, encontravam-se, em 17 annos, apenas 16 casos de mortes devidas ao cancer. A comparação entre cadastro dos veios subterrâneos já elaborado pelo sensitivo, e o das casas, quartos e camas das victimas de cancer, coincidiram novamente de um modo mais completo.

A prova mais convincente, porém, forneceu em 1931 o Dr. Hager, Conselheiro Sanitario e presidente da Sociedade Scientifica dos medicos de Stettin na Allemanha.

O Dr. Hager, após ter tido conhecimento dos resultados das pesquisas do Barão von Pohl, submetteu por sua vez, a cidade de Stettin ao mais minucioso exame. A repartição da Estatistica elaborou a lista de todos os casos de morte, devidos ao cancer, desde 1910 até Agosto de 1931.

Verificaram-se nestes 20 annos, 5.348 casos fataes, que se localisavam, sem uma unica excepção, sobre os veios d'água subterrâneos determinados pelo sensitivo da forquilha. Das pesquisas do Dr. Hager resaltou ainda a particularidade da existencia de verdadeiras casas de cancer, pois 5 casas ins-

peccionadas forneceram o espantoso conjunto fatidico de 190 casos.

De particular interesse são ainda os resultados obtidos pelo Dr. Hager nos asylos de Velhice da mesma cidade, por por se tratar de pessoas velhas e mais ou menos da mesma idade.

Um asylo está situado sobre um cruzamento de rios subterraneos e é quasi inteiramente irradiado. Neste asylo se declararam em 21 annos 28 casos de cancer. Outro asylo é apenas affectado por tiras estreitas e forneceu no mesmo periodo de tempo apenas 2 casos, que se localizavam, como todos os outros, exactamente sobre aquellas tiras. Em outro asylo ainda não apareceu um unico caso e a verificação demonstrou que a casa se achava totalmente livre dos raios terrestres.

Pelo rapido relato que acabo de fazer, vêem os meus companheiros, a importancia do assumpto tratado. Pessoalmente, tenho feito em São Paulo, ha mais de 4 annos, com a minha sensibilidade á forquilha, innumerias pesquisas, nas quaes se contam diversos casos de cancer, o que vem comprovar plenamente estes phenomenos.

Como architecتو, e sensitivo da forquilha, já tenho orientado muitas das minhas construções nesse sentido prophylatico, de modo a beneficiar grandemente a saúde dos meus clientes.

Penso ter cumprido um dever de consciencia e de humildade chamando a attenção de todos para o perigo a que estão expostos. Quero ainda deixar bem claro, que as determinações da forquilha não dispênsam, em absoluto, a assistencia medica. Esta se torna sempre necessaria, pois o sensitivo apenas faz serviço prophylactic, que se enquadra vantajosamente nos dictames da hygiene. A hygiene, porem, já faz parte integrante da vida do homem moderno e como tal pertence indistinctamente á todas as profissões. O medico, porém, é a unica pessoa indicada para o tratamento das molestas e só a elle assiste este direito.

Hoje, na Allemanha já são muitos os medicos que se fazem acompanhar de sensitivos para determinar de modo favoravel a localisação das casas dos seus clientes. Do mesmo modo, inumeros hospitaes e Sanatorios começaram a adoptar essa medida de prevenção .

Espero que a minha palestra possa, como aconteceu na Allemanha, estreitar ainda mais os laços de união entre a Medicina e a Architectura, dentro de um serviço prophylatico mais generalizado, a bem da saúde do povo, e a bem de uma geração sadia, vigorosa e efficiente.

Gercainal

CIBA



POMADA ANALGÉSICA E ANTI-
PRURIGINOSA DE EFEITOS
SEGUROS E PROLONGADOS

ECZEMAS
HEMORRHOIDES
ULCERAS DA Perna
QUEIMADURAS
CHAGAS POR DECUBITO
PRURIDOS, ETC.

BISNAGAS COM 20 grs.

PRODUCTOS CHÍMICOS CIBA LTDA.
RIO DE JANEIRO
CAIXA POSTAL 3437
SÃO PAULO
CAIXA POSTAL 3678



Technica da ennervação das capsulas supra-renaes (*)

Capitulo do livro *Themes de Cirurgia Gastrica*, do dr. A. BERNARDES DE OLIVEIRA, recentemente apparecido.

O fim da ennervação bilateral é seccionar os nervos efferentes provenientes das glandulas suprarenaes. Foi demonstrado por Latarget e Bertrand (1) que 30 a 40 desses filetes nervosos estabelecem relações com os ganglios e plexos celiacos.

As capsulas suprarenaes repousam sobre o polo superior do rim, acham-se completamente immersas em tecido gorduroso e não estão ligadas ao rim. Acham-se á altura da 11.^a e 12.^a vertebras dorsaes. A do lado direito está circumdada pelo diafragma, a veia cava inferior, o figado, a cabeça do pancreas, o duodeno, o rim e a columna vertebral. A do lado esquerdo está nas proximidades da cauda do pancreas, a face posterior do estomago, o baço, a aorta, o diafragma e a columna vertebral.

A's vezes a suprarenal apresenta-se como uma pyramide; outras, achatada como um panqueca. A cor e a consistencia são variaveis. Quanto á cor, vae de um amarelo ouro brilhante a um amarelo foco pardacento. Os limites são bem definidos e facilmente separados do tecido gorduroso circumjacente, ou, pelo contrario, mal definidos, perdendo-se nas adherencias com os tecidos vizinhos.

Essas condições variam consideravelmente com o typo de molaestia presente.

Assim, em casos de hyperthyreoidismo, as capsulas suprarenaes são accentuadamente alteradas: maiores em tamanho, mais molles e frageis, sem o amarelo ouro da cor, muito adherentes á vizinhança, mais vascularizadas, e com vasos não só em maior numero como tambem mais volumosos.

Na asthenia neurocirculatoria, não ha grande alteração no estadio anatomico das capsulas suprarenaes, mas na ulcera peptica o aspecto é semelhante ao do hyperthyreoidismo, com accentuada ten-

(*) Segundo G. Crile in "Diseases peculiar to civilized man" McMillan, Nova York, 1934.

(1) Latarget e P. Bertrand: Innervação das suprarenaes, rins e porção superior dos ureteres, Lyon Chirurgical. XX, 452-462, 1923.

dencia para uma vascularização maior, com mais nítida propensão às adherências, menor consistência e maior fragilidade.

Cada capsula tem uma face anterior, uma posterior e uma basal. Há uma ranhura na face anterior para uma veia central. O affluxo de sangue é variável, havendo aumento do numero de vasos em certas molestias. Três arterias alcançam a capsula suprarenal pela sua

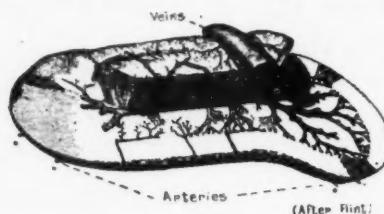


Fig. 1 — Aspecto da supra-renal do cão, segundo Jordan e Ferguson.

face inferior — a arteria suprarenal superior, a media e a inferior. São ramos da arteria diafragmática inferior, da aorta e da arteria renal, respectivamente. Existe uma só veia central, que à esquerda desemboca na veia renal e à direita na veia cava inferior.

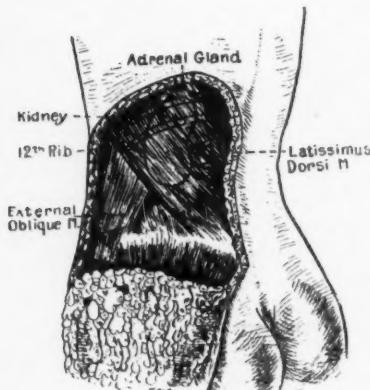


Fig. 2

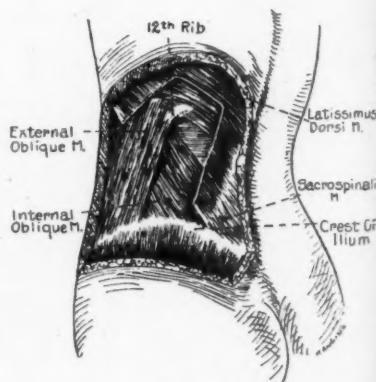


Fig. 3

O período de hospitalização para a ennervação bilateral das suprarenaes é habitualmente de 16 a 20 dias. O lado esquerdo é feito em primeiro logar, depois de ter o doente repousado um dia. Nos casos de Chile o intervallo entre as duas operações variou entre 7 e 10 dias. A experiência tem mostrado, entretanto, que às vezes a ennervação de um só lado tem sido suficiente, de sorte que o doente pode



obter alta por um determinado periodo e voltar para a ennervação do outro lado si os symptomas persistirem. Comtudo nova operação não deverá ser feita si existirem duvidas quanto á vitalidade da glândula inicalmente operada.

A anesthesia de escolha é a racheana, não só porque dá um melhor relaxamento muscular como porque não produz tão intenso sangramento como é usual com a narcose. O nível da anesthesia deve attingir os rebdos costaeas. Realizada a anesthesia, o doente deve ser collocado em posição renal.

Varios typos de incisão têm sido usados, mas o mais satisfactorio consiste numa modificação da incisão da talha renal. São pontos de reparo indispensaveis: a 12.^a costella, o relevo da massa muscular da

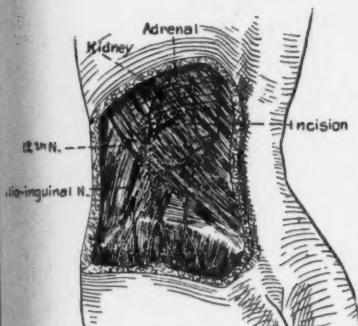


Fig. 4

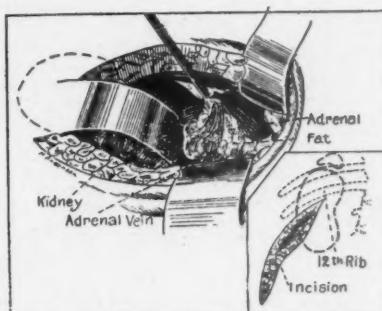


Fig. 5

região lombar, a crista iliaca. A incisão cutanea parte de diante do bordo externo da massa lombar, cerca de 2 dedos atrás da extremidade da 12.^a costella, ao nível dessa costella, e desce para baixo e para a frente até a parte anterior da crista iliaca. Essa incisão está collocada entre a massa lombar e o grande obliquo, na zona onde o tecido muscular é menos denso. Deve ter a extensão suficiente para permitir a entrada da mão. Na dissecação dos planos, convém evitar tanto quanto possível a secção de fibras musculares, afim de prevenir a formação de serosidade. A linha de incisão é anterior ao grande dorsal (Fig. 2) excepto no angulo superior da ferida, onde ha necessidade de cortal-o, e nos seus dois terços inferiores as fibras do grande obliquo podem ser separadas. Justamente abaixo das fibras do grande dorsal está o quadrado do lombo (Fig. 3). Este musculo vem das 2 ou 3 ultimas vertebreas dorsaes e das primeiras 2 ou 3 lombares através de uma aponevrose fundida com a faixa lombo dorsal; elle é composto de quatro feixes, que se inserem successivamente no bordo inferior das quatro ultimas costellas; o feixe inferior se insere justamente proximo á extremidade da 12.^a costella e é necessário seccionar tambem as suas fibras. Apparece então um triangulo em que a 12.^a costella

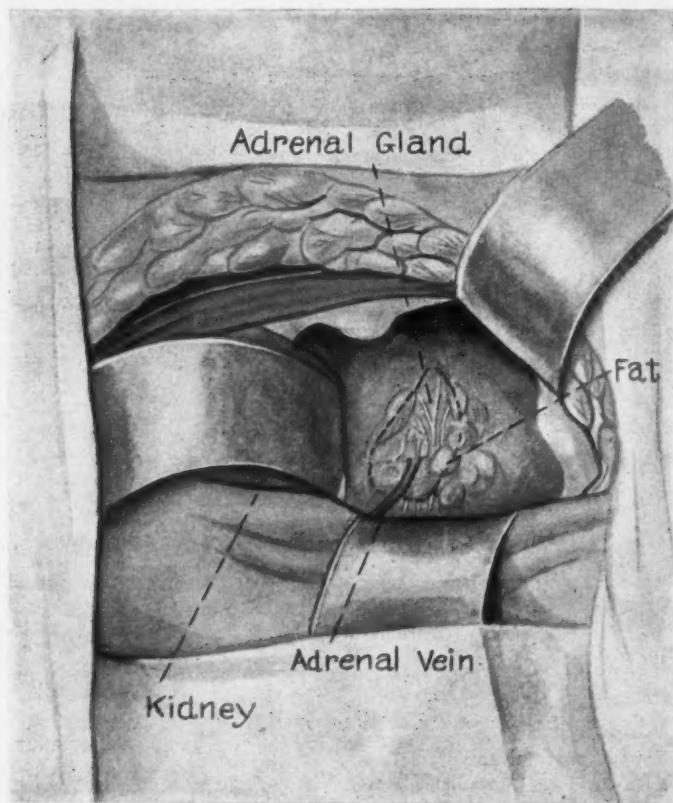


Fig. 6

é a base, o lado anterior é o bordo posterior do pequeno obliquio e o lado posterior é o bordo externo do quadrado do lombo (Fig. 3). No soalho desse triangulo se vêm a gordura e a fascia perirenaes e o polo inferior do rim. Por esse espaço triangular, pode-se cortar a faixa lombodorsal, que é a continuação para trás da aponevrose posterior do transverso e do pequeno obliquio. É necessário, então, seccionar as fibras do pequeno obliquio até atingir a crista ilíaca.

Os nervos a serem evitados são o 12º intercostal, o grande e o pequeno abdomino-genital (Fig. 4). O ultimo intercostal, que acompanha a primeira arteria lumbar, corre parallelo com a ultima costella, logo abaixo della; atravessa o tendão da faixa transversal e corre entre esta e o pequeno obliquio para perfurar a bainha do recto e distribuir-se na pele entre o umbigo e o pube. Si a incisão chegar até a

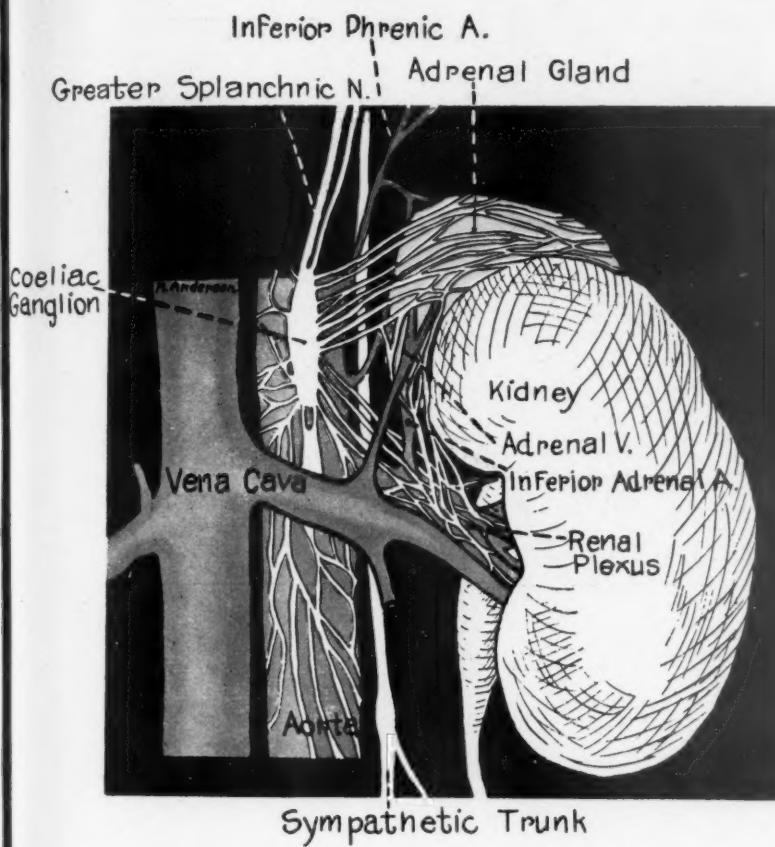


Fig. 7 — Vasos e nervos da supra-renal segundo Crile.

costella, esse nervo pode ser cortado. Trata-se de um nervo motor, que innerva o pyramidal. Dá um pequeno ramo sensitivo, que se destaca ao nível da extremidade da 11.^a costella, e segue para baixo e para diante, perfurando os obliquos acima da crista iliaca. Esse ramo é seccionado pela incisão e pode dar lugar a queixas do doente, que sente esquecida a região pubiana.

Os outros dois nervos, o grande e o pequeno abdomino-genital, vêm da 1.^a lombar. Elles cruzam o quadrado lombar e seguem para baixo e para diante, acompanhando a crista iliaca. O grande abdomino-genital está acima do pequeno, atravessa o grande obliquo e envia um ramo ilíaco, que vai ter á região glutea. O pequeno abdomino genital atravessa o transverso e entra no canal inguinal para distribuir-se aos

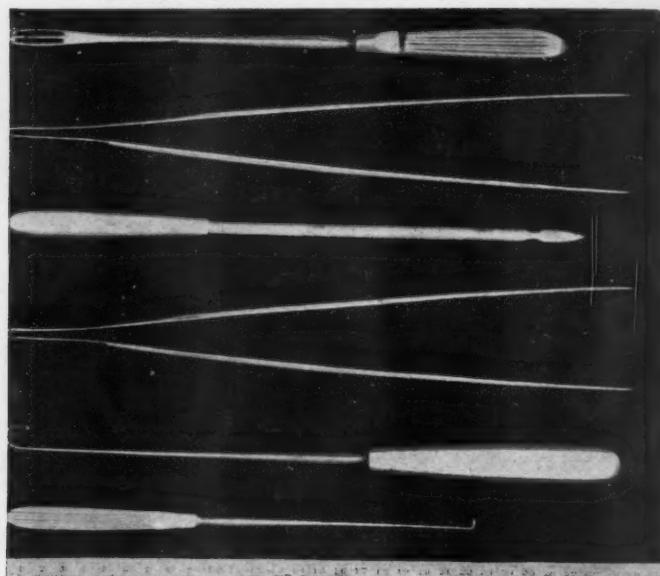


Fig. 8

organs genitales externos e porção anterior e interna da coxa. Quando se faz um tipo de incisão obliqua como o acima descripto, esses nervos devem ficar posteriormente situados e mesmo não devem ser vistos.

Praticamente, sempre que se cortam as fibras do quadrado do lombo junto ao bordo da 12.^a costella, ha hemorrágia devida á primeira arteria lombar, que será facilmente ligada.

Deve-se ter cuidado com a pleura, que atinge o nível do bordo inferior da 12.^a costella em sua metade posterior. Assim, ao fazer a incisão, não se deve chegar ao bordo da 12.^a costella, a não ser na sua metade anterior.

A incisão attingiu, agora, a gordura perirenal, que pode ser pinçada e incisada, com o cuidado de não ir muito para a frente, afim de evitar a abertura do peritoneo. Si isso acontecer, será facilmente remediado. O polo superior do rim será exposto. O operador com os seus dedos, abaixa o polo superior do rim o suficiente para permitir a collocação de um afastador, que mantem o organo abaixado (Fig. 5), deixando ver-se a gordura que circunda a glândula suprarrenal. Outros afastadores podem ser collocados para melhor exposição do campo (Fig. 6).

Algumas vezes a capsula supra-renal está situada bastante alta, sob a costella, e não poderá ser exposta. Em tais casos, o operador

-
s
n

o

o
r
r
e
s
1
,



coloca a mão na ferida e palpa a suprarenal, que com um pouco de experiência poderá ser identificada pelo toque.

Sente alguma coisa parecida com o ouvido externo. O orgão não deverá ser puxado para o campo operatório, pois poderiam ser rupturados os seus vasos e traumatizado o seu próprio tecido. A gordura circumvizinha geralmente pode ser vista quando o rim é abaixado. Às vezes se vêem vasos sanguíneos descendo ao lado do rim para a columna vertebral; seguindo-se esses vasos, encontra-se a glândula.

Quando ella é vista, identificada e exposta, o operador infiltra os tecidos vizinhos com novocaina. A literatura consigna que quando a suprarenal é manipulada há um rápido aumento da pressão arterial, que chega habitualmente ao dobro daquela anterior.

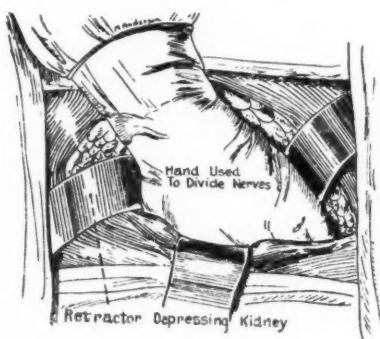


Fig. 9

Quando se bloqueia o tecido circumvizinho com novocaina, não se dá esse aumento brusco da pressão. Nos casos em que a rachianesthesia produzira uma baixa accentuada da pressão, a manipulação da glândula produz imediatamente a sua elevação a um nível conveniente.

Com instrumentos especiais, alongados, (Fig. 8) o cirurgião procede à libertação da glândula do tecido gorduroso que a envolve. Um instrumento com a ponta em gancho eleva a glândula e apresenta os vasos e nervos da sua face inferior. A esse tempo, pode-se separar os vasos dos nervos, evitando lesar os primeiros.

Os nervos são rotos por meio de um longo instrumento, terminado em uma das extremidades por um agudo dente e na outra por uma lâmina de dissecação, com suaves ranhuras em uma das faces. Nunca se deve tocar a glândula com qualquer instrumento, pelo perigo da necrose do seu tecido em vista da sua fragilidade.

Depois de seccionados todos os nervos visíveis, o cirurgião coloca a mão na ferida, com a palma voltada para a 12.^a costela,

(Fig. 9) e, então, dirige-se para a glandula e procura com os dedos romper alguns filetes nervosos que ainda estejam intactos.

Nessa manobra é preciso empregar muito cuidado, afim de que não sejam lesados os vasos e a propria glandula. Pequena hemorrágia pode seguir-se á retirada da mão, mas cessará em poucos minutos com um tamponamento applicado docemente.

Não é necessário fazer ligaduras si dentro de algum tempo tiver parado a hemorrágia. É importante ter o campo limpo e isento de coágulos antes de fechar a ferida, precaução esta que torna mínimo o risco post-operatorio.

A ferida é irrigada com soro physiologico para accarretar alguma porção de adrenalina que porventura exista no campo. Dois drenos são collocados nas profundezas da ferida, e a incisão é suturada ou com pontos em 8 abrangendo todos os planos ou em planos separados, com categute chromado. Agrafes na pelle. Os drenos são retirados em 48 a 72 horas.

Nota: As figuras que ilustram este capítulo foram reproduzidas de Crile loc. cit.

THEOCILINA

O DIURETICO COMPLETO

Theobromina,
scilla, hexame-
thylenetetramina

CHLORURICO, AZOTURICO
E DESINFECTANTE URINARIO

Um a tres
comprimidos por
tres vezes ao dia

Laboratorio Gross Rio de Janeiro

Em hipocalcemia

estados linfáticos, escrofulosos, anemicos ;
tetania, espasmodilia, etc.

E' notável
ação das gotas

Ostelin

Vitamina D de
ergosterina irradia-
da rigorosamente
estandardizada.

REPRESENTANTE GERAL: CH. C. RICHARDSON — CAIXA POSTAL, 2755 — RIO

MOVIMENTO SCIENTÍFICO PAULISTA

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 1 DE AGOSTO

Presidente : PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

Diagnóstico radiológico das úlceras gastricas e duodenais. — DR. CARLOS FERNANDES. — O A. projectando numerosos diapositivos mostra a vantagem da técnica radiográfica em posição de procubito com inclinação lateral. Estuda as condições da hydrodynamica gastroduodenal, discute o exame em estação vertical e em procubito e demonstra com molde do apparelho gastro-duodenal, as vantagens desse método de exame, que permite evidenciar aspectos que de outro modo não se tornariam apreciáveis.

Hypoglycemia chronica expon-tanea — DR. VASCO FERRAZ COSTA e doutorando TITO RIBEIRO DE ALMEIDA. — AA. apresentam um caso de syndroma hypoglycemicia chronica e expon-tanea observado no serviço de doenças do apparelho digestivo e da nutrição da Polyclinica de São Paulo. O metabolismo basal, provas funcionaes do fígado (galactose e levulose) eram normaes.

Reacção de Wassermann negativa. Glycose no sangue 0,35, por litro. A symptomatologia era classica. O doente não supportou tratamento por extracto supra-renal. Foi instituida therapeutica visando levantar o estado geral (arsenico, strichinina, vitaminas) e dieta rica em hydratos de carbono, com refeições de pequenos intervallos. Com 2 meses deste tratamento volta o doente ao nosso serviço, dizendo-se curado; nada mais sentia e eliminara grande numero de pequenos vermes intestinaes. A dosagem de glycose nesta occasião revelou a taxa de 1,2grs. por litro. Fazem então os AA. considerações entre verminoses e hypoglycemia, promettendo comunicar, oportunamente, os resultados que estão sendo obtidos em verificações que vem sendo feitas no mencionado serviço. Fazem ainda commentarios sobre as causas da hypoglycemia, sua symptomatologia e divisão clínica. — Dr. Durval Marcondes, secretario.

IODEFIS
TODO PHYSIOLOGICO

PEPTIDIOS AB URÉTICOS COM 66,6% DE IODO.
CADA AMPOLA DE 2 CC. CONTEM 10 CENTS.
DE IODO. — CAIXAS DE 10 AMPOLAS DE 2 CC.
VIA INTRA-MUSCULAR OU ENDOVENOSA.



INSTITUTO THERAPEUTICO ORLANDO RANGEL - RIO DE JANEIRO

SESSÃO DE 16 DE AGOSTO

Presidente : PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

Mycose do apparelho respiratorio — DR. FLORIANO DE ALMEIDA.

— Abordando tal assumpto tem o A. em mira procurar demonstrar sua importancia. Depois de ligeiros commentarios sobre o valor do diagnostico seguro de mycose pulmonar, passa a estudar rapidamente os fungos que mais commumente attacam o apparelho respiratorio. A seguir estuda as condicões que permitem a penetração e implantação dos fungos em tal territorio. Tece depois alguns commentarios sobre as formas clinicas e seu diagnostico assim como sobre o diagnostico de laboratorio. Para terminar aborda a questão therapeutica.

As idéias actuaes sobre a therapeutica da malaria — DR. HUGO SILVA. — O A. trata do assumpto encarando-o sob varios aspectos e termina formulando as seguintes conclusões: 1.) No estado actual da sciencia a medicina ainda não posse nenhum especifico capaz de realizar a prophylaxia causal, pela impossibilidade da destruição dos sporozitos inoculados pelos anophelis. 2.) E' possivel a realização da prophylaxia clinica, de benefícios inestimaveis, pelo uso de específicos que possam ser usados por tempo indeterminado, sem perigo de effeitos secundarios. 3.) Os saes de quinina ainda representam os elementos therapeuticos de maior valia numa campanha sanitaria antimalarica. 4.) Os productos synthetics plasmochina e atebrina podem ser usados como elementos subsidarios na cura do impaludismo, para fins especiaes e sob controle medico. 5.) Na cura do paludismo a medicina possue agora dois específicos

esquizonticidas, a quinina e a atebrina, sendo que o primeiro oferece vantagens em comparação com o producto synthetico. 6.) Parece que a atebrina possue nos casos de accessos de primeira invasão, uma accão esquizonticida mais rapida do que os saes de quinina, não garantindo tambem as recurrencias. 7.) E' fora de duvida que a associação "arsenopatherapica" reforça notavelmente a accão específica esquizonticida da quinina, por mecanismos que ignoramos, como a propria accão de todos os específicos. 8.) A plasmochina que é bastante toxica nas doses therapeuticas efficients, pode ser empregada na destruição dos gametos (formas sexuadas) principalmente do "P. falciparum" da terçã maligna, sob controle medico. 9.) Nenhuma forma de paludismo chronico, com grande esplenomegalia pode ser curada, com apenas tratamento de 5 ou 7 dias pela atebrina. 10.) E' nossa intiera convicção de que no estado actual da therapeutica chimica antimalarica, não é possível a cura permanente de um caso de paludismo chronico, antes de um periodo de tempo, que varia entre 30 a 60 dias de tratamento intensivo, salvo raras exceções. 11.) O tratamento que pode ser utilizado com segurança e sem riscos de effeitos secundarios é a associação — "quinino" — "arseno" — "cyano" — "opoterapica" — ao lado do Neo salvansan, realizando uma feliz polyvalencia, destruindo as formas assexuadas e sexuadas e melhorando o estado geral do enfermo, possibilitando a implantação da immunidade em face da infestação palustre. — Dr. Durval Marcondes, secretario.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. JAIRO RAMOS

O problema da tuberculose em S. Paulo — DR. DECIO QUEIROZ TELLES. — O A. diz que, preliminarmente, se torna necessário o conhe-

cimento da extensão do mal, para depois estudar a solução. Calcula, então, em 7.000 obitos de adultos tuberculosos por anno, no Estado

de São Paulo, e em 42.000 os tuberculosos vivos. Pela media de produção individual paulista, São Paulo perde annualmente 88.029.000\$000 por causa da peste branca.

Propõe em seguida as medidas basicas para o inicio da luta contra o mal, isto é, a criação de Hospitais Sanatorios para os doentes avançados e em inicio. Divide o Estado em zonas, de acordo com as estradas de ferro e aconselha a instalação de Hospitais-Sanatorios e Dispensario regionaes, nas cidades principaes de cada zona, onde convergem maior rede de comunicacões. Calcula em 23.000.000\$000 annuaes, o custeio de todo o serviço anti-tuberculoso e em 14.500.000\$000 a sua instalação inicial.

Mostra que os gastos dispensidos na luta seriam vantajosamente compensados pelo trabalho dos doentes e pelas vidas que se salvassem.

Indica depois as fontes de rendas para as despesas da luta, que são : contribuição do Estado, contribuição das Municipalidades, contribuição do seguro contra a tuberculose a ser criado e contribuições eventuaes. Essas quatro fontes de rendas, atevez de uma legislacão especial sobre o assumpto dariam de sobra para todo o serviço anti-tuberculoso.

Mostra a seguir o grau de tuberculização da populacão paulista, prevenindo os resultados a que se chegaria daqui ha alguns annos, se se puzessem em pratica as medidas preconizadas.

A tuberculose no Estado de São Paulo - DR. R. DE PAULA SOUZA
— O A. diz, em resumo, o seguinte : Inicialmente faz-se mister mostrar o valor da resolução tomada pelos Prefeitos em seu Congresso de auxiliar a campanha anti-tuberculosa e ainda tornar evidente que os poderes municipaes comprehenderam que essa luta ultrapassa os limites de obra de caridade.

Estuda a disseminação da tuberculose no Estado comparando com dades estatisticos e demonstrando onde a sua maior densidade.

Estuda os gastos em paizes europeus para a luta contra a tuberculose em proporção aos seus orçamentos, transportando essa relaçao

para as quantias que S. Paulo entrega á União e aos governos do Estado e Municipios sommados.

Com dados estatisticos de superficie, populacão, mortalidade, rendas, instrucção e vias de comunicacão, apresenta um armamento minimo para o Estado e os gastos que isto traria.

Ambas as quantias se aproximam.

Terminada a exposição do Dr. Paula Souza, o snr. presidente poe em discussão os dois trabalhos apresentados.

DISCUSSÃO. — O Dr. Ruy Doria pede licença para demonstrar a sua satisfação por verificar que a Secção de Tisiologia se acha mais frequentada do que habitualmente, o que demonstra o interesse que a reunião vem despertando a ponto de atrair collegas de outras especialidades e demonstra tambem uma maior solidariedade dentro da especialidade.

Diz que aceita os numeros apresentados pelos drs. Paula Souza e Decio Telles, porque se baseiam nos unicos dados estatisticos que se pudera obter, e, julgando que um projecto de campanha precisa assentar-se sobre algarismos com quanto estes não traduzam a realidade exacta

Pelo preço que calcularam para um leito completo no Estado de São Paulo era possivel realizar-se uma luta séria contra a tuberculose. Chama a atençao para os perigos de ordem burocratica que se verificam quasi sempre e que oneram os serviços publicos e lhes diminuem a efficiencia.

A renda annual de São Paulo vai a perto de 600 mil contos; caso não se puder retirar a verba necessaria dessa renda se poderia fazer uma sobretaxa de 10 a 20% sobre todos os impostos, o que daria para empregar a campanha, como talvez todas as campanhas de assistencia social do Estado.

O numero de 2% proposto pelo dr. Decio como contribuição do Estado é razoavel e daria bons resultados na campanha anti-tuberculosa. Outro ponto com que está de acordo é a articulação perfeita que deve existir entre os dispensarios e os hospitais sanatoriaes.

Quanto ás funcções dos dispensarios devem ser principalmente tres: função educacional, pesquisa dos casos de tuberculose e tratamento daquelles casos que podem ter tratamento principalmente pela colapso-terapia e pneumothorax, tratamento de finalidade prophylactica.

Sob o ponto de vista clinico verifica-se que taes casos seriam a rigor os uni-lateraes onde o pneumothorax é completo e nos quaes exames repetidos de escarro demonstrem a não existencia do bacillo.

Não apenas o exame de escarro mas tambem provas de ordem biologica, como o indice de Velez permittiram controlar o bom estado do doente e a impossibilidade de contagio.

O succo gastrico, por exemplo, está na ordem do dia para constatação da efficacia absoluta de um colapso.

Casos bem controlados, sem perigos de contagio e em bôas condições de tratamento ambulatorio é que rigorosamente deveriam ser tratados nos dispensarios.

Os acidentes no decurso do pneumothorax e as intervenções complementares do colapso determinariam a internação temporaria no hospital sanatorio. Isto sob o ponto de vista social só devem ser tratados pelo dispensarios do Estado os desprovidos de recursos, pois não acha justo que o Estado e as Associações beneficentes façam concorrença aos profissionaes livres, cuja situação se agrava dia a dia.

Da mesma forma que se manifesta contrario a qualquer contribuição da parte do doente para ser tratado nos postos de saude, dispensarios ou policlinicas, pelas mesmas razões julga injusta a concorrença do sanatorio e hospitales do estado e de associações "que se dizem" humanitarias e beneficentes que fazem concorrência ás organizações medicas particulares, recebendo pensionistas remunerados.

Particularizando para sanatorios de tuberculosos, invoca o testemunho do dr. Paula Souza e diz que, pagando, pode o doente tratar-se em um estabelecimento particular.

Quanto á finalidade dos sanatorios está de acordo.

Quanto á localisação dos hospitais sanatorios o dr. Decio inicia uma polemica que vai ser interessante empregando a expressão: "enganadora miragem do clima".

Não pode deixar de rebater e esperar que sua opinião em defesa do clima não seja recebida como defesa do interesse de quem ahi reside.

O Dr. Jairo Ramos, num esclarecimento: em sessão anterior a mesa deliberou a discussão de temas pre establecidos sobre assumptos varios da especialidade. Em maio proximo o tema escolhido é justamente a questão do clima e por isso pede a não insistencia neste terreno.

O Dr. Ruy Doria diz: Na questão da localização queremos fazer apenas uma pergunta perfeitamente cabivel dentro do thema que está em debate. Uma vez que os relatores acham que os sanatorios devam ser construidos em todas as zonas de S. Paulo, são de opinião que um sanatorio collocado em Santos ou São Paulo tenha a mesma efficiencia de um localizado em Campos do Jordão?

Quer agora falar do augmento do obituário pela tuberculose nos residentes em São José dos Campos. A seu ver isso se deu mais pelo augmento do serviço medico e pelo maior numero de diagnosticos e tambem até certo ponto pelo facto que antigos tuberculosos que vão ficando em S. José dos Campos. E' entretanto um ponto que vamos tratar de esclarecer ainda.

Elogia os trabalhos que acha oportunos no momento que atravessamos; o plano geral se adapta perfeitamente ao nosso meio e ás nossas condições sociaes e foi organizado com criterio, erudição e experienca.

O Dr. Borges Vieira elogia os trabalhos: diz que pelos relatórios se verifica a grande importancia que reveste o dispensario como verdadeiro eixo na luta contra a tuberculose. Não é mais um complemento do sanatorio, mas o sanatorio e outras instituições é que são dependentes do dispensario; portanto a criação de uma rede de dispensarios se torna indispensavel para a resolução do problema. Os dispensarios têm importancia por descobrir casos novos, ministrar o tratamento ambu-

latorio quando possível, fornecer meios para o diagnóstico, orientar os matriculados para os hospitais sanatórios, sanatórios ou outros organismos do complexo anti-tuberculoso; é fator de grande importância, espalhar a educação sanitária afim de diminuir a disseminação.

Como devem ser localizados estes dispensários — isolados, ou fazendo parte de um conjunto de assistência medico-social? O dr. Paula Souza lembrou no seu relatório que fazendo parte do centro de saúde, o custo se torna menor; ha porém outros argumentos a favor desse ponto de vista. Assim, não ha conveniência prática em separar o problema da tuberculose dos outros problemas medico-sociais. O centro de saúde segue o indivíduo desde o nascer até a idade adulta, e durante este período a tuberculose está em jogo, desde o lactante até à idade pré-escolar, depois na vida escolar, mais tarde ao entrar o indivíduo para as indústrias, etc.. Ha assim um entrelaçamento perfeito que justifica a collocação, sempre que possível, do dispensário da tuberculose no centro de saúde.

Outro ponto importante está na acção das visitadoras sanitárias. Num lugar grande se poderia justificar, talvez algumas vezes, a existência de visitadoras especializadas para esse serviço, mas em geral, nos lugares pequenos, mesmo nos grandes, deve haver visitadoras polivalentes, ou educadoras sanitárias que já são parte activa nos trabalhos dos centros de saúde, com grande vantagem para o serviço geral.

Em cada cidade deveria haver um Centro de Saúde e nesse centro um organismo contra a tuberculose; estes centros ficariam dependentes de um centro maior na sede da zona.

Quanto á questão das verbas destinadas para o serviço, faz votos para que a expectativa dos relatórios se resolva com êxito, embora muito duvide de auxílios extra-governamentais, pela falta de continuidade e outras dificuldades.

No ultimo Congresso de Prefeitos muito se discutiu sobre esse ponto e pouco se resolveu.

Quanto ao seguro social talvez se consiga alguma coisa, afóra, a phase educativa generalizada.

O Dr. Octavio Nebias desejava salientar alguns pontos: o primeiro se refere às estatísticas; ao contrario do dr. Ruy Doris que se contenta com os numeros citados, o dr. Nebias confessa que lhe causaram certo pasmo porque os acha muito baixos se se comparar com algarismos de países da Europa: mesmo na Itália, que representa uma das organizações mais perfeitas, apresenta algarismos mais elevados. Accentua que isto é importante porque se os numeros estão insuficientemente calculados, como parecem ser, os gastos serão muito maiores deante dos algarismos reaes.

Crê que na realidade os numeros devem ser maiores de modo que os gastos também devem ser muito maiores e que neste caso absolutamente não se deve contar só com o governo para preenche-los.

Para ser resolvido o problema deveria ser instituído o seguro contra a molestia, no caso, o seguro obrigatorio contra a tuberculose. O dr. Decio acha que o seguro deve ser facultativo e que, assim se poderia conseguir a verba suficiente; acha que isto não é o bastante, pois na Europa, a Inglaterra, Alemanha e Itália, países adiantados, o seguro é obrigatorio; acha com mais razão entre nós, que o seguro deveria ser obrigatorio.

Quanto á parte legal, a questão pode ser resolvida, pois na Constituição ha uma parte que se refere ao seguro social; ha porém uma parte má, pois o seguro nesse caso deve ser federal, como a Constituição o é. O que se poderia conseguir é que o seguro fosse federal, mas, arrecadado e administrado pelo Estado; assim a verba obtida em S. Paulo, seria gasta aqui. Acha que assim se poderia combater a tuberculose.

Também se deveria dar assistência para a família do tuberculoso, o que é muito importante, porque, uma vez o doente faltando, em casa, a família fica na miseria. Na Itália arrecadou-se 800 milhões de liras, das quais 300 milhões foram destinados a hospitais e grande parte dos

500 milhões restantes foi destinado às famílias dos tuberculosos.

Quanto ao modo de arrecadar o seguro o dr. Decio se referiu aos operários; acha que também se deve arrecadar de patrões e de outras classes sociais segundo as posses de cada um.

Uma questão muito importante que não foi mencionada, é a questão do ensino: uma vez que se quer combater a tuberculose deve-se encarar o ensino também. Como se viu são necessários 80 dispensários em São Paulo, para o que é preciso um pessoal competente, como médicos, auxiliares e educadoras sanitárias. Quanto às educadoras sanitárias é mais fácil, porque em São Paulo há o Instituto de Higiene, onde se ministra instrução às educadoras sanitárias. Quanto aos médicos é mais difícil, e creio seria talvez preciso criar-se uma cadeira de Tisiologia na Faculdade de São Paulo como se faz actualmente na Europa.

O Dr. Borges Vieira disse, há pouco, que o serviço contra a tuberculose devia ser associado ao centro de saúde; nas pequenas povoações do interior que não comportem um centro de saúde o serviço poderia ser feito por um inspector sanitário, que se ocuparia da parte de higiene e de tuberculose, orientando os doentes.

Outro ponto diz respeito à questão da concorrência médica: dentro do problema da tuberculose não deverá haver concorrência, o serviço deve ser geral; deve haver uma espécie de socialização da medicina.

O Dr. Dirceu Santos, quanto ao preço do sanatório trouxe a colaboração do que se faz em Campos do Jordão: cada leito ficou em 3 contos. Traz a informação oficial do Prefeito de Santos, que diz que 100 contos do orçamento foram destinados à luta contra a tuberculose; Santos, precisaria de 300 contos, para a luta, como diz o dr. Decio; logo já tem 1/3 dessa quantia, o que é razoável. Para a solução deste problema há já muitos esforços dispersos, talvez reunidos seriam de grande valia; assim todos os funcionários de grandes companhias que têm caixas de aposentadorias são aposentados com ordenados, às vezes de 200\$000 quando ficam tuberculosos,

dinheiro esse que destinam a um tratamento em geral irregular e outras vezes não se tratam mesmo, ou então se retiram para lugares que pensam ser um prodígio para a saúde e aí vão morrer no fim de pouco tempo.

Quanto ao número de leitos, Santos tem cerca de 3.000 tuberculosos com apenas 150 leitos.

Quanto à função do dispensário devo dizer, com pequena experiência pessoal, de um ano no ambulatório de tuberculosos da Cia. Docas de Santos, onde trabalho, que o primordial papel é o do diagnóstico da tuberculose, porque parece que para o lado do tratamento, deve-se reservar ao sanatório pois que naquela Companhia, de 89 diagnósticos feitos, apenas 25 frequentaram com regularidade o serviço e, nestes, nem todos os resultados foram favoráveis, pois, alguns apenas acabavam de fazer o tratamento e logo se entregavam a um trabalho pesado.

Foi considerado absurdo criar em Santos um hospital sanatório para tuberculosos, baseado na grande mortalidade por tuberculose nesta cidade. Essa afirmativa presta-se às seguintes considerações: em Santos não havia um serviço contra a tuberculose até o ano passado e todos os tuberculosos pobres morriam quase sem tratamento. Não se pode imputar o clima como favorável à tuberculose, pois todos os que morrem em São Paulo aproveitam muito quando passam temporadas em Santos; há outros factores que aumentam o número de tuberculosos em Santos: o primeiro, a falta de um serviço contra a tuberculose e o segundo, é que para lá vão grande número de indivíduos muitas vezes virgens de tuberculose e se entregam a trabalhos pesados no caos, de modo que adoecem e morrem.

O Dr. João B. de Souza Soares diz que apesar de quasi todos os comentários que desejava fazer já tiveram sido feitos pelos colegas que o precederam desejava ainda salientar alguns pontos dos trabalhos dos drs. Decio Telles e Paula Souza. Assim, julgava necessário insistir com maior energia sobre a importância da assistência post-sanatorial, pois o médico de sanatório fica inúmeras vezes no dilema: conservar no estabelecimen-

to um decente já curado ou restituído à luta pela vida em um mister inadequado, o que é expô-lo a uma recahida certa. Julga também necessária a criação de um órgão de orientação e de controle de toda a iniciativa anti-tuberculosa, mesmo particular. Esse órgão técnico evitaria muitos esforços mal dirigidos e guiará os apenas pelos leigos. Aliás, tal orgão já se encontra em vários países da Europa.

Quanto às palavras do dr. Decio Telles quanto "à miragem encantadora dos climas", pedia licença ao colega para citar as palavras de um pensador inglez: "Não ha necessidade de examinar todos os corvos do mundo para que se possa afirmar a existencia de crvcs brancos. Basta que se encontre um destes para que tal afirmação seja verdadeira". Refere essa citação às estatísticas apresentadas pelo dr. Decio Telles.

Acha que o dr. Doria não tem razão na sua observação sobre a concorrência que os sanatorios das instituições de benemerencia fazem aos congêneres, de propriedade particular, pois uns e outros combatem pela mesma causa e os primeiros têm sempre uma secção inteiramente gratuita, mantida com os proveitos da secção de pensionistas.

Explica, a seguir, o aumento da mortalidade pela tuberculose na população indígena de S. José dos Campos como consequencia do maior afluxo de doentes a essa localidade nestes ultimos 20 annos. Considera, pois estes casos como revivescências de infecções já antigas, o que está, aliás, de acordo com as idéias modernas quanto à origem endogena, de preferencia, das tuberculoses dos adultos. Diz mais não esperar que a taxa dessa mortalidade decline, podendo até aumentar nos próximos annos, pelas mesmas razões.

Após, finalmente, as palavras do dr. Dirceu Santos sobre as caixas de aposentadorias, mas informa que nem todas as caixas têm regulamento igual no que se refere à tuberculose. Há caixas que, após certo tempo de licença, aposentam o doente, excluindo-o ao mesmo tempo de assistencia medica, pharmaceutica e hospitalar. O funcionario fica assim

com os seus vencimentos reduzidos e privado de todo o tratamento. Assinala, por fim, que, de tal forma, o doente volta ao seio da família cujas necessidades aumentam enormemente pela baixa dos vencimentos. Essas caixas não atendem, assim, nem ao aspecto prophylactico do problema.

O Dr. Pedro de Alcantara diz que os relatórios apresentam grande numero de sugestões de modo que é impossivel examiná-las separadamente. Os preços de manutenção dos planos tornam-nos automatica e peremptoriamente não passíveis de solução pela insufficiencia de recursos. Além disso ha um erro que se comete, que é examinarmos o problema sob o prisma da sua propria personalidade: o assumpto está sendo tratado aqui por tisiologistas e por isso se pensa que se pode gastar 30 mil contos para este fim. Mas ha inúmeras associações de classe que têm de solucionar seus problemas e para elas os seus problemas são tambem imprescindiveis e inadiáveis. É provável que existam 2 mil planos igualmente inadiáveis que devem ser igualmente apresentados ao governo. O governo deve olhar igualmente para todos elles, de modo que é provável que não dê uma preferencia injustificada para este plano.

Com os elementos exigidos pelo plano do dr. Decio, o problema não pode ser resolvido nunca. O Dr. Paula Souza determinou cifras mais modestas. Como elle disse somos um paiz cerca de dez vezes mais pobre do que a Inglaterra; a applicação de 5 mil contos não daria porém, resultados 10 vezes menores que os da Inglaterra, mas sim 100 vezes menores. Isto pelo seguinte: quando uma população é dez vezes mais rica que outra, materialmente, é tambem 10 vezes superior sob o prisma mental; isto quer dizer que quando o governo inglez destina uma certa verba para um serviço, conta com os recursos mentais do dcente; o dcente paulista é mentalmente cerca de 10 vezes inferior, de modo que os resultados serão 1/100 dos obtidos pelo governo inglez. Tudo isto muito esquematicamente.

Outro ponto, é a respeito de dificuldade de transportes: como é que

um doente vai se transportar a 20 ou mais kilómetros para se tratar?

Outro ponto é a condição do doente; apesar do tratamento, entre nós o doente continua com a mesma alimentação, com o mesmo meio de vida, etc., isto é, continua na mesma "fábrica de tuberculose".

Acha que, infelizmente, estes dois planos não serão postos em execução.

Dois outros factores invalidam a precisão dos cálculos do plano do dr. Paula Souza. O primeiro é que seus preços de custo e manutenção foram calculados sobre instituições privadas; ora, o plano prevê a criação de órgãos officiaes, e estes, por uma lei fatal, têm um preço de custo e de manutenção muito superiores aos dos organismos privados. O segundo é que a percentagem do orçamento público destinado ao serviço de juros e amortização da dívida pública, o que torna as verbas disponíveis menores que o total tomado para base de cálculo.

O Dr. Tisi Netto diz que antes da exposição dos drs. Decio Telles e Paula Souza, tinha a impressão que o problema não é de difícil solução. Com elas modifiquei o meu juízo.

Propunha que aos trabalhos fosse dada publicidade na imprensa leiga, pois a sua leitura ficaria ao alcance de todos.

Tem a impressão que o governo quer fazer qualquer causa de util e pensa que pela instituição do seguro social obrigatório contra a tuberculose, este problema se resolveria perfeitamente. No último congresso, realizado em dezembro chegou-se à conclusão de que com este seguro social o problema estava quasi resolvido.

Para a divulgação dos trabalhos indicava a Revista Paulista de Tisiologia, e a imprensa leiga.

O dr. Queiroz Guimarães diz que, apesar do dr. Alcantara falar muito bem, discorda, e tem medo que suas palavras calem muito.

A tuberculose, pelo seu número assustador, tem que ser um dos primeiros problemas a ser tratados; a lepra, por exemplo já diminuiu muito, pois já foram internados 4.000 leprosos. Havendo 5.000 óbitos por tuberculose, deve haver cerca de 40 mil doentes ou seja cerca de 200

mil comunicantes. O trachoma, por exemplo, não é um problema tão grande: pode ter grande importância na terra roxa, mas em outros lugares não. A tuberculose existe em proporção assustadora.

A constituição fala em destinar 10 por cento das rendas para os sistemas educativos: houve no Congresso dos Prefeitos um incidente, que nos prejudicou: fomos vencidos pelas lágrimas de uma mulher! Depois de vêr aprovada a nossa tese, uma senhora usou do recurso das lágrimas; ficou então resolvido, que para o ano pelo menos metade dessa verba seria dada ao Serviço Sanitário.

A respeito dos dispensários, há um papel que foi passado por alto; é o seu papel prophylatico que é muito grande. Depois de algumas insuflações do pneumothorax desaparecem os bacilos do escarro, o que é muito importante para a propria laxia.

Estes dispensários precisam ser feitos junto aos centros de saúde, por assim se tornar de menor custo, pois muitos dos aparelhos que se usam nos centros de saúde poderão ser usados nos dispensários de tuberculose. No interior há as santas casas, mas quais deveria haver uns tantos leitos que ficariam ao cargo do tisiólogo que assim poderia tratar de seus doentes.

Quanto à seleção, tratar nos dispensários sómente os pobres é causa impossível e nos dispensários de estações climáticas, não haver tratamento, e, sim sómente educação sanitária.

Quanto ao seguro social obrigatório ou não, é preciso que seja estabelecido como obrigatório, pois do contrário nada se conseguirá: atendendo-se, entretanto, em sua legislação à extensão do nosso território e à educação do nosso povo.

O Dr. Nestor Reis diz que se o problema é um problema medico-social; que se entre populações densas os indivíduos com cuti-reacção positiva atingem a percentagem de 90 por cento; que se a imunidade é a resultante entre a força potencial agressiva do germen e a capacidade defensiva do organismo; e que se esta imunidade é relativa,

podendo ser quebrada ou por novas cargas infectivas ou por diminuição da resistência orgânica, o problema da tuberculose não poderá ser resolvido apenas pela criação de dispensários e sanatórios. Ainda, agora, Escudero no seu ultimo livro afirma que, na Argentina, entre indivíduos excluídos do Exército mais de 60% apresentavam vestígios de insuficiência alimentar e lembra ainda o trabalho de Paula Souza que, investigando o índice calórico entre os habitantes de bairros pobres de S. Paulo achou que a média de calorias era de 1.500, sendo que grande número de indivíduos se nutrem com menos de 1.000 calorias. Diz que acredita mais no interesse humano do que na boa vontade dos governos. O problema da tuberculose terá que ser encarado no tempo e no espaço. Será preciso que sejam aproveitadas as novas forças que surgem com a evolução social. Assim as caixas de aposentadorias e pensões limitam-se a dispendar sommas enormes com a medicina agressiva sem nada gastar com a medicina preventiva que diminuiria o número de aposentados. Sendo o homem só um valor, as caixas esperam que este valor se deprecie para uma iniciação de despesas. Outro factor que deve reter a atenção dos que estão encarregados de estudar este problema é a questão das cooperativas. Existe em S. Paulo várias cooperativas que, se fossem modeladas por normas mais uteis, poderiam contribuir de um modo directo para a attenuação do problema. A questão posta assim ofereceria bases mais estaveis e por isto mesmo mais seguras.

O Dr. Borges Vieira conta que os drs. Pedro de Alcantara e Nestor Reis feriram uma tese muito importante, que é a questão da higiene geral, pois sem ella o problema não seria resolvido. Deve-se também ressaltar a importância da educação sanitária como base de campanhas sanitárias e necessidade dessa actuação educativa, em que os centros de saúde têm ação de máxima actividade.

Dr. Armando de Almeida Marques: No meio está a virtude, diz o brocado; entre o optimismo dos drs. Decio Telles e Paula Souza e o pes-

simismo do dr. Pedro de Alcantara eu fico no meio, todavia, com uma maior tendencia a pesar para o lado do dr. Pedro de Alcantara.

O Dr. Nestor Reis diz: estou também nesse lado.

O Dr. Armando de Almeida Marques diz que a questão primordial para a solução do problema é saber como obter o dinheiro necessário e qual a fonte mais eficaz. O dr. Decio Telles já mostrou que a verba deverá provir do Estado, dos municípios, dos beneficiários (seguro social) e dos auxílios eventuais. Achamos que o seguro social deve ser posto em execução de qualquer modo, seja facultativo ou obrigatório, dados os resultados encorajadores obtidos em diversos países da Europa com tal medida. Outra questão de relevo e importância e que merece ser cuidada é a questão da assistência à família do tuberculoso.

O Dr. Fleury de Oliveira diz que deante do pessimismo dos drs. Alcantara e Nestor Reis, tem a dizer que ninguém pode negar a vantagem de recolher tuberculosos que escarram bacilos em um hospital: sempre tiraremos da família do doente um indivíduo contagiente.

O Dr. Jairo Ramos diz ter prestado atenção a todos os comentários que se teceram em torno da luta contra a tuberculose. Teve a impressão de que do meio para o fim houve uma certa divergência no estudo do assunto proposto pelos relatores, porquanto o problema era o plano de luta contra a tuberculose e não propriamente de fontes de recursos para a realização da campanha. Pensa ser necessário a organização previa de um plano geral para o estudo, grandioso ou não, e que seria posto em execução gradativamente.

O dr. Alcantara acha que o preço é elevado e que há problemas tão importantes como a luta contra a tuberculose. Assim também pensamos, pois não devemos confundir índice de mortalidade com morbidez. Assim o índice de morbidez é maior no impaludismo que na tuberculose. Assim sendo parece que o problema da tuberculose não é tão importante no meio agrário como o impaludismo.

Discutiu-se muito a respeito das caixas de aposentadorias e pensões. O dr. Nestor Reis chamou a atenção para o facto de nessas caixas benfeitorias só realizarem a medicina aggressiva e não preventiva. Mas o que é certo é que nem a medicina aggressiva é feita: todos os dias se vêm doentes de tal ou qual sociedade a procura de outros facultativos, dada a super-lotação dos consultórios das respectivas sociedades. Aliás, isto é natural pois depois da quinta consulta o médico não pode mais examinar direito doente algum.

O problema se torna assim difícil, principalmente se entregarmos a direcção ao Governo Federal, vindo o serviço de burocracia a absorver quasi a totalidade da renda. Todo o imposto que se tenha de cobrar para a campanha torna o problema difícil, pois a cobrança é difícil e o governo é o primeiro a induzir a fraude: assim se dá com o imposto de renda que é fraudado, pois poucos o pagam. Além disso o apparelhamento necessário para cobrar os impostos absorve quasi que toda a renda.

O dr. Paula Souza teve uma frase que achei muito feliz: "o Brasil é um paiz pobre e tem de fazer tudo com poucos recursos", — é a primeira vez que se diz isso em uma sociedade; infelizmente temos a mania de grandezas e o que acontece é que não se faz nada. Todos nós sabemos o que é bom, mas não é possível obtê-lo muitas vezes. É preciso que nos capacitemos de que os sanatorinhos são melhores do que os sanatórios grandes, porque estão de acordo com nossa pobreza. O dr. Paula Souza focalisou ainda a assistencia post-sanatorial, muito importante e até hoje não cuidada. Pretendi há tempos demonstrar, em um trabalho, que dentes de uma determinada molestia que são assistidos em hospitais e posteriormente em ambulatorios, com exames medicos periodicos, dão menores gastos e produzem mais trabalho. Entretanto, o que se vê entre nós é que os dentes são entregues á sua ignorância executando trabalhos impróprios ao seu estado; assim vivem de hospital para hospital. Era preciso que houvesse uma instituição que

orientasse profissionalmente os doentes.

O dr. Octavio Nebias diz que isto não está ainda resolvido nem mesmo na Europa.

O Dr. Jairo Ramos, em parte não aceita a critica, porque não é opinião que esta dando, mas apenas resumindo o que disse.

No plano é preciso que se discuta esta questão do post-sanatorial.

Na questão dos dispensários no interior, o dr. Paëla Souza vae ver que as dificuldades são notaveis.

Começa pela sua localização: cidade nenhuma quer de modo algum um dispensário contra a tuberculose, e muitas vezes isto se dá pela ignorância de muitos prefeitos.

Quanto ao dr. Doria que fala na concorrencia e no modo pelo qual devemos orientar a cobrança, tenho a dizer que só existe uma organização no mundo que sabe como realizar a cobrança: a organização Mayo. Quando o doente ingressa no Hospital Mayo dá o seu nome, residencia e profissão e só depois de 5 dias é que vae saber quanto vae pagar, sendo a cifra proporcional ás suas posses.

A localização em santas casas não acho conveniente e a este respeito falo de cathedra pois já fui inspector sanitario encarregado de sua fiscalização. Ha santas casas que construiram pavilhões para tuberculosos e que nunca abrigaram um doente. O auxilio do Governo é diminuto e mal distribuido; assim a Santa Casa de Santos recebia 64\$000 por anno e por doente e outras cidades recebiam 200\$000 e mesmo 400\$000, sendo que muitas delas só funcionavam por occasião da subvenção.

Quanto ao commentario do dr. Nebias é grato salientar que a Escola Paulista de Medicina já criou uma cadeira de Tisiologia.

O Dr. Decio de Queiroz Telles: refere que quando fez o esquema da luta contra a tuberculose esboçou apenas o essencial, porque nada tinhamos e que era preciso crear primeiro o indispensavel, deixando o resto para depois, como por exemplo o post-sanatorio, que poderia ser criado mais tarde.

Acha que é plausivel a polyvalencia do dispensario, se assim ficar

mais em conta; a enfermeira, entretanto, deve ser especializada.

Quanto à divergência que se nota entre as suas estatísticas e as do dr. Paula Souza se explica pelo facto de o dr. Paula Souza se restringir apenas aos atestados firmados por médicos, ao passo que elle não se limitou a isso, calculando também os óbitos por tuberculose que deveria haver nas mortes não atestadas por médicos.

Quanto à assistência económica da família acha que pôde ser deixada para depois, porque temos que cuidar em primeiro lugar do doente.

Quanto ao preço do leito pôde ficar mais em conta, pois não é preciso que se construa com tijolos; basta que as construções sejam de madeira.

Quanto ao clima tem a dizer que na estatística de todos os sanatórios os números de cura se equivalem qualquer que seja a localização desses sanatórios.

O Dr. Raphael de Paula Souza agradece os fartsos comentários e tem o prazer de reconhecer que os pontos de vista geraes muito se assemelham.

Varios comentários fêrem pontos semelhantes de modo que responderá, nesses casos, a todos de uma só vez, sem especificar nomes.

E' de opinião que se deve dividir o plano em duas partes: uma puramente de assistência e outra de financiamento da luta. Esta deverá ficar para uma outra reunião, de modo que deixará para essa ocasião a sua discussão.

No momento dirá apenas que não se deverá esperar pela vinda do seguro social para se iniciar a campanha, pois pensa que em nosso paiz a sua arrecadação seria das mais penosas pela pouca densidade de nossa população e grande percentagem de população rural, o que consumiria grande parte da renda só em gastos de arrecadação. Paizes com maior densidade de população lutam com dificuldade de sua aplicação e embora tenham grandes centros urbanos e grau de cultura mais elevado, não conseguem segurar senão parte de sua população: assim a Alemanha tem 2/3, a Itália 1/2 e a Inglaterra 1/3 de segurados.

Um ponto que o dr. Doria feriu foi o da função therapeutica dos dispensários e a concorrência com os médicos; acha, fira quem ferir, na parte prophylatica o médico tem que ser sacrificado; na parte do tratamento, porém, o médico não precisa e não deve ser sacrificado. Elle deverá ser um dos maiores auxiliares do dispensário, na descoberta de novos casos de tuberculose, para o consequente exame prophylactico dos que o cercam pelo dispensário e isso se não conseguirá se o clínico olhar esse departamento como concorrente. O dispensário não deverá fazer portanto a therapeutica a não ser a compressiva, por ser prophylactica. Diz o dr. Doria, que os Sanatórios concorreriam com os médicos e além do mais o tratamento do doente em pensão ficaria mais barato do que em sanatório popular, a não ser em uma de infima classe; o médico não sofrerá concorrência desleal com os sanatórios populares, pois este será dirigido por especialista também e bem remunerado, concorrendo tanto quanto um clínico, com os demais colegas.

Quanto ao clima, observa que na Europa os resultados therapeuticos são idênticos em varios sanatórios, independentemente de sua localização; haverá em breve uma reunião da propria Secção de Tisiologia da Associação Paulista de Medicina sobre esse assunto, que então facilitará amplo debate.

A maior coincidencia de tuberculosos nos filhos de S. José dos Campos é visível nos dados fornecidos pelo óbituario, que passou de 16,2% em 1920, a 37,1% em 1932; só estudos estatísticos em contrário negarão a sua existencia, não parecendo convincente a citação de um ou outro caso isolado.

E' de opinião que o serviço de tuberculose seja autônomo, dada a amplidão do problema; os dispensários se instalarão junto aos centros de saúde para facilidade de serviço e como medida econômica. O local onde não haja capacidade para ter um apparelamento grande, o centro de saúde agirá como um dispensário auxiliar do dispensário maior que serve a varios municípios e que se poderá chamar mesmo de distritual.

A disparidade do orçamento apresentado pelo dr. Decio e o seu, embora os armamentos se assemelham e a preocupação de construções modestas sejam idênticas, reside sobretudo na questão de custeio dos enfermos hospitalizados; deve-se fazer desaparecer a preocupação de atender exclusivamente a indigentes e introduzir a idéia do sanatório popular, que diminuirá de maneira formal os gastos pela contribuição parcial ou total do beneficiado ou de uma caixa para sua manutenção. Assim, enquanto o dr. Decio calculava a manutenção do total de um número de leitos, em nosso projeto era calculado apenas 1/5, ficando o restante para o sanatório popular e de luxo.

O dr. Pedro Aleantara tem certa razão no comentário sobre a não applicabilidade de um projecto como este pelas autoridades competentes; o trabalho, comtudo não foi apresentado com esse intuito e sim o de discutir, ventilar o problema; ficando calados é que não se terá probabilidade alguma de se ver posta em prática qualquer medida anti-tuberculosa; deveremos falar, gritar, enfim, ampliar cada vez mais o círculo de pessoas que se possam interessar pelo assunto, para que amadureça bem a idéia e possa assim chegar às mãos do futuro applicador das medidas. A Secção de Tisiologia deverá ser o núcleo inicial de onde irradiará o clamor de nossas necessidades, o que só se conseguirá agindo e não permanecendo apatônico. A prova de que não deveremos ser tão pessimistas, é o resultado do recente Congresso das Municipalidades votando 1,5% de suas rendas para o combate à tuberculose.

Outro ponto interessante ferido pelo dr. Aleantara é o de que em todas as reuniões de profissionais se conclui pela necessidade imprescindível de se atacar um problema, e que o mais importante é justamente aquele que é tratado na respectiva reunião. Realmente isso é frequente, pois qualquer profissional dedicado, terá que se impressionar mais com os seus problemas que com os demais, resultando esse exagero comprehensível, mas para isso é que existe a organização política applicadora de

medidas, incumbida de discernir qual a de mais urgência e utilidade. Se não se esclarecer muito bem as questões, essa organização política nunca ficará realmente ao par das nossas necessidades e irá resolvendo as que lhe pareça mais uteis e não as que realmente o são. Mais um motivo para continuarmos a gritar sem a certeza de um resultado imediato, para se chamar a sua atenção e demonstrar que já está na hora de se ser attendido.

Pensamos haver frisado suficientemente que o problema da tuberculose não se resolve independentemente do da hygiene geral, sendo necessário a entrada desta, prévia ou contemporaneamente às medidas especificamente contra a tuberculose para que surtam resultados. Não se pensa também em conseguir com isso uma "esterilização" do ambiente e sim uma diminuição da incidência do mal, levantando o valor económico do paulista.

O problema da tuberculose é tão complexo que não serão as simples medidas preconisadas no presente trabalho que o resolverão; depende, como é de ver, de factores de civilização geral e consequente levantamento de padronagem de vida; o armamento apresentado, atenderá aos tuberculos abertos actuaes, previrá inúmeros outros, concorrendo também o apoio daquelas que descrem de sua acção directa contra a tuberculose.

O projecto apresentado para ser discutido entre nós, não foi um theórico ideal para o nosso ambiente e sim um esquema mínimo exequível com o nosso deplorável estado financeiro.

Quanto à divisão do plano relativo à Capital e ao Interior, tem razão de ser principalmente devido à diversidade de densidade de população entre a Capital e o Interior, morbi-lidade e ruralização.

Quanto à tendência de se exercer nas caixas de aposentadias e pensões, entre nós, quasi que só a terapêutica aggressiva, como denominou o dr. Nestor Reis, é devido à lei que as organizou e regulamentou, não permitindo o emprego para serviços médicos e farmacêuticos senão de

10% sobre a renda, importando isso em quantia demasiadamente pequena para um serviço bem organizado e productivo.

O commentario do dr. Dirceu Santos da gravidade dos casos que procuram o dispensario recente que dirige em Santos e a volta ao trabalho braçal antes da approvação medica, corre justamente pela deficiencia que se tem, por enquanto, de apparelhamento antituberculoso,

só existindo orgãos esparcos e sem entrelaçamento e tambem porque sendo recente o dispensario não pôde ainda colher resultados, pois não são immediatos; tenderá a melhorar para o futuro, quando os dispensarios vierem a colher seus fructos, isto é, quando tiver penetrado no meio popular e conseguido sua educação, contando tambem com a collaboração dos departamentos de therapeutica e reeducação profissional.

[SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE JUNHO]

Presidente : DR. BERNARDES DE OLIVEIRA

Tecnica padrão na ulcera gasto-duodenal — DR. EURICO BAS-
TOS. — O A. discorreu sobre a sua experiecia com relação ao tratamento cirurgico das ulceras gastro-duodenae. Passou em revista, sucessivamente, o tratamento previo, a anesthesia e por ultimo a technica empregada. Esta consiste na gastrectomia parcial pela technica de Polya com alça curta, sem comtudo fazer a desinserção de ligamento de Treitz. A alça é anti-peristaltica. Passa depois em revista os casos operados, referindo-se ás possiveis lesões do choledoco o que lhe ocorreu em 2 casos verificados pela necropsia.

Um caso de adenocarcinoma do colon sigmoide em uma menina de 10 annos — DR. ALÍPIO CORRÉA NETTO. — O A. apresenta o caso de uma creança do sexo feminino, de 10 annos de idade, que se apresentou (1931) com symptomas de obstrução intestinal aguda. A operação mostrou a obstrução consequente á estenose do colon sigmoide por um tumor. O exame histologico identificou um adeno-carcinoma; A paciente faleceu 4 dias depois da operação devido a uma broncho-pneumonia.

Ação pharmacodynamica do soro de cavalo e sua applicação em cirurgia — DRS. EDUARDO VAZ, ALBERTO MORAES e ACAD. FERNANDO ALAYON. — Os AA. justificam a importancia do estudo da ação pharmacodynamica do soro de cavalo pelo largo emprego deste soro na therapeutics humana, onde se visa quasi que apenas o lado da especificidade, sem cogitação de sua ação physiologica. Accentuam a necessidade do medico melhor conhecer as questões inherentes ao sôro. Nesta memoria demonstram o aumento do peristaltismo intestinal do coelho, por ação inhibidora do sôro sobre o sympathico. Essa propriedade é encontrada nas fracções fibrinogeno, euglobulina, pseudoglobulina e albumina.

Technica habitual — registro de movimentos do segmento do intestino do coelho em Ringer-Loch.

Este trabalho experimental confirma as observações clinicas do dr. Eurico Branco Ribeiro sobre a efficacia do sôro na atonia intestinal post-operatoria e justifica essa nova indicação therapeutica do sôro. — Dr. Eduardo Etzel, 2º secretario.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE JUNHO

Presidente : PROF. PINHEIRO CINTRA

Contagio de tuberculose na infancia. Tuberculose congenita — DR CELSO BARROSO. — Faz apresentações em torno do contagio da tuberculose, citando opiniões e es-

tatisticas de alguns autores sobre o assumpto. Traz ainda o estudo historico do que se refere á tuberculose congenita antes e após a descoberta do virus filtravel, citando os

trabalhos de Cardoso Fontes, Calmette e sua escola, Couvelaire, etc.

Termina apresentando algumas estampas sobre a circulação utero-placentaria e fetal, procurando demonstrar a possibilidade da passagem do ultra-vírus através da membrana choreal.

Um caso de purpura fulminante - DR. J. LEME DA FONSECA. — O A. faz a exposição do caso de um clientinho seu de 3 anos e meio de idade e que adoeceu repentinamente. Encontrou-o, poucas horas após os primeiros signaes da moléstia, em estado de profundo torpor, temperatura de 40°, extremidades frias, pulso incontável.

Conhecendo as condições proprias de grande excitabilidade nervosa do doentinho, verificando a existencia de um processo inflammatorio da garganta e ausencia de signaes outros no exame dos diversos apparelhos, inclusive do sistema nervoso, concluiu por uma convulsão febril ligada áquelle estado infecioso.

Essa sua conclusão foi compartilhada por um collega chamado em conferencia e o tratamento symptomatico instituido immediatamente por ambos pareceu trazer melhorias sen-

siveis ao doentinho, que saiu do estado de inconsciencia e se interessou pelo ambiente, chegando a proferir algumas phrases.

No entanto, cerca de duas horas depois, o estado geral peiorou novamente, e começaram a aparecer ecchymoses, menores e maiores, que cobriram o corpo do menino em menos de uma hora.

Patenteou-se um estado de cagueira, provavelmente de causa hemorragica e verificaram-se diversas descargas intestinaes, as ultimas com grande quantidade de sangue. Feito o diagnostico de purpura fulminante, tentou-se ainda uma transfusão de sangue. Mesmo lançando-se mão desse recurso, não houve possibilidade de salvar a creança, que falecia logo depois, cerca de 18 horas após os primeiros symptomas geraes da moléstia notados pela familia, e de quatro horas após o apparecimento da primeira mancha de purpura.

O autor commenta a rapidez impressionante com que evoluiu a doença e faz considerações sobre a etiopathogenia da forma galopante de purpura, a ausencia de recursos therapeuticos certos e o prognostico infastuo que dihi decorre. — Dr. Barros Viana, 2.º secretario.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 26 DE JUNHO

Presidente : PROF. PINHEIRO CINTRA

Assistencia á infancia (Relatorio da commissão composta pelos drs. PEDRO DE ALCANTARA, VICENTE BAPTISTA e QUEIROZ DE MORAES). — O relatorio tece commentarios sobre as causas da mortalidade infantil, concludo o dr. Jorge Queiroz de Moraes pela necessidade do Departamento de proteção e assistencia á creança, como coordenador de tudo quanto existe e deve ser feito entre nós, opinião esta que não é aceita pelos dois outros relatores que acham, citando o exemplo do Uruguay, que possue não um Departamento, mas sim um Ministerio, com installações modelares, que a protecção deve ser feita visando as causas indirectas da mortalidade infantil.

O dr. Alcantara citando ainda o Uruguay, diz que, apesar do Ministro no qual o governo emprega uma verba respeitável, a mortalidade se mantem a mesma nestes ultimos quinze annos.

O dr. Jorge Queiroz de Moraes acha que, alem de innumeras outras vantagens, o Departamento ainda seria uma repartição responsável pela sua finalidade e que tanto combateeria as causas directas como as indirectas e, fazendo o calculo do valor de cada vida poupança, mostra a economia que disso adviria.

O dr. Espírito Santos apresenta as seguintes suggestões :

1.º — Criação e ampliação dos centros de saude, accessíveis principalmente aos pobres, com serviço de

hygiene infantil (1.^a infancia), pre-concepcional, pre-natal e pre-escolar.

2.^o — Educação obrigatoria, sistemática de todas as mães (nos centros de saúde) para que aprendam a alimentar, criar e educar seus filhos.

3.^o — Divulgar a educação técnica materna e incentivar-a por meio de concursos de frequência e aproveitamento pelas mães, conferindo-se-lhes premios e diplomas, assim como realizando-se annualmente, concursos de robustez e saúde em todos os centros, com premios, em dinheiro, aos tres primeiros classificados, e diplomas até os collocados em 10^o lugar.

4.^o — Regulamentação prática e racional do funcionamento dos serviços de hygiene infantil, dos centros de saúde, de forma a estabelecer-se um criterio uniforme e efficiente, abrangendo tambem as cozinhas dietéticas.

5.^o — Necessidade de cursos especializados de hygiene infantil, para medicos, com 6 meses de duração e estagio mínimo de 3 meses continuos no serviço de hygiene infantil. Seriam nomeados para tais serviços na Capital ou no Interior os diplomados nesse curso.

6.^o — Conveniencia de se tornar obrigatoria ás maternidades, aos medicos, ás parteiras e aos cartórios de registro civil, a notificação compulsória de todos os nascimentos ocorridos sob pena de multa para que as mães pobres, sem exceções, fossem chamadas com os filinhos, afim de receberem as primeiras instruções e noções de puericultura e hygiene domestica em prol da criança.

7.^o — Criação immediata de uma cadeira de puericultura em todas as escolas normaes do Estado, com um posto de hygiene infantil annexo, para

demonstração prática, sob a regencia de especialistas de notoria competencia.

8.^o — Necessidade de severa fiscalização e punição em todos os casos de exercícios illegal da medicina e da obstetricia entre nós, com grave reflexo sobre a morbilidade e mortalidade.

9.^o) Regulamentação definitiva do programma do leite fomentando-se a criação de granjas e isentando-os de impostos, para que o leite bom seja accessivel ao pobre e ao remediativo.

10.^o — Obrigatoriedade da hygiene pre-natal á mulher grávida pobre, mesmo nas fabricas e officinas.

11.^o — Criação de um conselho estadual de protecção e assistencia á infancia, composto de pediatras, hygienistas, pedagogos e industriaes, sem carácter politico, para o melhor estudo, coordenação e solução prática de problema de mortalidade infantil.

12.^o — Insistir junto aos poderes competentes, até realização integral de todas as suggestões a serem enviadas.

Em seguida tem a palavra o dr. Leônio de Queiroz que defende a criação do departamento, fazendo votos para que não tenha o mesmo resultado que os congressos utópicos.

O prof. Paula Souza mostra a influencia dos factores indirectos, citando dados de Baltimore e por fim, uma cidade industrial do norte de França em que a construção de casas operarias de acordo com os preceitos de hygiene moderna baixou consideravelmente a mortalidade na referida cidade e acha que os centros de saúde além de representarem uma economia, correspondem mais á sua finalidade. — Dr. Barros Vianna, 2.^o secretário.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 21 DE JUNHO

Presidente : DR. MENDONÇA CORTEZ

Therapeutica e prognostico do enfarte do myocadio — DR. BARBOSA CORRÊA. — O A. resume o estudo do prognostico salientando sobretudo a influencia da idade avançada no prognostico mau. Estuda

em seguida as causas predisponentes e os symptomas prodromicos (angina, asthma cardíaca). Passando á therapeutica divide o seu estudo em therapeutica prophylatica e therapeutica curativa. Analysando esta últi-

ma estuda a therapeutica immediata (repouso, morphina, antisechockante) e mediata (repouso, tonicardica) medica, hygieno dietetica e cirurgia, ainda em ensaios.

Malformações dos vasos da base. Aorta à direita. Considerações sobre 3 casos observados — DR. CASSIO VILAÇA. — O autor apresenta as observações de 3 casos de aorta à direita, diagnosticados radiologicamente, e nos quaes o exame contrastado do esophago trouxe esclarecimentos decisivos.

Para esclarecer o quadro radiológico e as variedades possíveis nas anomalias, faz um resumo da embryologia dos vasos da base, ilustrando-a com a projecção de numerosos diaPOSITIVOS.

Prophylaxia da cegueira — DR. AURELIANO FONSECA. — O autor fala sobre os inconvenientes do exercicio da especialidade por pessoas incompetentes e sem as credenciais de profissional, responsabilizando-as pela maior parte das lesões adeantadas do apparelho visual. — Dr. Paulo de Almeida Toledo, 2.º secretario.

Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa

SESSÃO DE 25 DE ABRIL

Presidente : DR. BARBOSA DE BARROS

Fistula vesico-vaginal operada por via alta — DR. JOSÉ BARBOSA DE BARROS. — O A. relatou um caso em que a fistula não podia ser abordada por via vaginal ou endo-vesical e em que uma osteite do pube complicava a situação, tendo havido retracção lateral da bexiga por bridas antigas. A fistula fora consequência de parto e a sua cura por via alta se fez completamente. Na discussão o dr. Francisco Finocchiaro perguntou si foi drenada a doente. Dreno de segurança, no espaço de Retzius, respondeu o A.. O dr. Eurico Branco Ribeiro lembra que a etiopathogenia da fistula no presente caso poderia ter sido esta : uma doente com a symphyse pubica lesada, que não cedeu durante o trabalho de parto, dificultando a passagem do

feto, teve o agravamento de uma retracção cicatricial attrahindo a bexiga para collocal entre a cabeça fetal e a symphyse, donde compressão, mortificação, necrose e fistulização. Quanto à via usada, diz achala optima, tendo tido oportunidade de usá-la recentemente, a conselho do dr. Jarbas B. de Barros, em um caso de fistula uretero-cervical em que fez a reimplantação do ureter na bexiga com relativa facilidade e pleno exito. O Dr. Carlos Fernandes apresentou uma modificação sua ao processo de Kustner para o tratamento cirúrgico das grandes fistulas vesico-vaginales, em que faz a fixação temporaria do colo do útero por meio de fios de seda atravez dos grandes labios.

SESSÃO DE 6 DE JUNHO

Presidente : DR. MENDONÇA CORTEZ

**Asphyxia traumática — DR. EU-
RICO BASTOS.** — O A. relatou dois casos de sua clínica em que um traumatismo forte do thorax determinou entre outras coisas, forte cyanose da

cabeça e pescoço, sem alterações circulatorias nos membros superiores ; em um dos doentes o phemono regrediu paulatinamente ; o outro su-
cumbiu algumas horas depois do

acidente. O A. discutiu as varias hypotheses formuladas pelos autores para explicar o facto e referiu que a literatura mundial consigna apenas 112 casos semelhantes. O Dr. Mendonça Cortez lembrou a determinação da bilirubinemia para distinguir si se trata de distensão capilar ou de hemorrágia (derrame).

Obstrução intestinal post-gastro-enterostomia transmesocolica posterior — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO. — O A. relata um caso por passagem do delgado através do orificio prevertebral limitado pela primeira alça jejunal, a pequena porção gastrica atrahida para o abdomen inferior, a face inferior do mesocolo transverso e a parede posterior do abdomen. Tratava-se de um por-

tador de ulcera duodenal, que, no 3.^o dia da operação começo a ter vomitos totaes. A reintervenção, no 8.^o dia, demonstrou a passagem de cerca de 2 metros de delgado pelo orificio citado, torcendo e obstruindo a alça jejunal, que estava arroxeadas e infiltrada; houve, no acto cirurgico, deiscencia da sutura gastro-enteroanastomotica, que foi refeita, mas sobreveio fistula e morte por peritonite; os vomitos cessaram com a reintervenção. O Dr. Eurico Bastos tratou da facilidade com que se pode fazer o diagnostico de vomitos de obstrução alta e o Dr. Finocchiaro referiu-se ao diagnostico diferencial com os vomitos do círculo vicioso. A ambos o A. respondeu dando esclarecimentos.

SESSÃO DE 20 DE JUNHO

Presidente : DR. MENDONÇA CORTEZ

Acetonuria e appendicite — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO. — O A. referiu que em casos de appendicite toxica, com signes clinicos ás vezes não denunciadores de uma lesão tão grave, tem observado o aparecimento da acetonuria, que, por ser precoce nesses casos, pode orientar o medico para um tratamento radical de urgencia. Justamente em casos onde havia discordancia entre a clinica e o achado operatório de lesões muito adiantadas é que o A. observou com maior frequencia a acetonuria. Pensa, entretanto, que não só sob o ponto de vista prognostico e para abreviar o acto cirurgico esse signal tem valor como tambem talvez possa ser aproveitado no diagnostico diferencial em certas emergencias, como possivelmente na colica ureteral direita, onde não deveria haver acetonuria. O Dr. Jarbas B. de Barros lembra que a chromecystoscopia é melhor que o exame de urina para o diagnostico diferencial da colica ureteral. O Dr. Eurico Bastos diz que ás vezes é difícil o diagnostico clinico da appendicite aguda e nesses casos costu-

ma recorrer á contagem globular total e especifica. O Dr. Mendonça Cortez acha a questão interessante e original; confirma a dificuldade que ás vezes ha entre o diagnostico de appendicite e colica ureteral; a chromecystoscopia é prova de certeza, mas de execussão nem sempre facil; o hemogramma é óptimo recurso; acha que como signal diagnostic a acetonuria não terá grande importancia por ser occurrence banal em clinica. Respondendo, o A. diz que o fim principal de sua nota é chamar a atenção para o serviço que esse signal pode prestar nos casos de appendicite toxica, levando a uma intervenção de urgencia, que o achado cirurgico justifica, embora a clinica nem sempre aconselharia. Quanto ás possibilidades de servir ao diagnostico diferencial, fez apenas considerações teóricas, pois não tem observação em que se documente e si trouxe á baila a questão foi não só para ouvir a opinião dos collegas como para sugerir-lhes que, de futuro, observem si semelhante dado tem algum valor.

Prefira o Gluconato de Calcio Sylil

SESSÃO DE 4 DE JULHO

Presidente : DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Um caso de appendicite com aneis de tenia — DR. CARLOS CAMARGO DE ANDRADE. — Depois de ter lida a observação do doente, que apresentava signaes classicos de appendicite, com crises que datavam de um mez, o A. diz acreditar que o verme fosse a causa determinante do processo inflammatorio, já porque havia uma eosinophilia local, já porque a mucosa estava mais alterada no logar em que se encontravam os aneis. O Dr. F. Finocchiaro discutiu a relação que pode existir entre o verme e a appendicite clinicamente indiscutivel, em que encontrou oxyuros no interior do appendice e em

que o exame anatomopathologico foi negativo para inflammatio. O Dr. Jarbas B. de Barros reafirma as palavras do A., frizando que o diagnostico de appendicite estava plenamente justificado pela dor que o doente apresentava, pela presença do corpo estranho (os aneis da tenia) e pela eosinophilia local. O Dr. Carlos Fernandes cita o facto de a tenia ser visivel aos raios X, por se impregnar da substancia de contraste. Por fim, o Dr. Eurico Branco Ribeiro focaliza a questão da eosinophilia local, que tem observado em alguns casos de appendicite e em um tumor parasitario do recto simulando cancer.

SESSÃO DE 18 DE JULHO

Presidente : DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Implantação do ureter direito na bexiga — DRS. JARBAS B. DE BARROS e EURICO BRANCO RIBEIRO. — Os AA. apresentaram a observação clinica de uma dcente que, no 9.^o parto, em que houve necessidade de forceps, sofreu necrose de tecidos e instalação immediata de uma fistula urinaria. Por duas vezes foi a dcente operada em Santos, sem resultado: a urina continuava a excoar-se na propria noite da operação. Submettendo a dcente a varias provas, foi feito o diagnostico de fistula uretero-cervical e decidida, a conselho do Dr. Jarbas B. de Barros, a implantação do ureter na bexiga, pois que o rim correspondente ainda dava signaes de alguma actividade. O acto cirurgico decorreu muito bem e o post-operatorio foi

optimo. Dois mezes depois foi feita nova pyelographia endovenosa, que demonstrou o rim direito já ter readquirido um pouco mais de concentração, embora ainda bastante diminuida. A dcente sente-se curada da fistula e não apresenta qualquer disturbio urinario. O caso continua em observação e será objecto de futura comunicação. O Dr. Francisco Finocchiaro pediu pequena explicação a respeito da technica cirurgica. O Dr. Carlos Fernandes salientou a maneira como um exame bem conduzido resultou em diagnostico certo e, feito o diagnostico, nada mais facil do que applicar o tratamento indicado. O Dr. Jarbas B. de Barros referiu com minucia os exames especializados que fez e salientou a raridade do caso.

Aspectos cirúrgicos da caseose dos nervos na lepra**Dr. Eurico Branco Ribeiro****PREÇO 6\$000****Pedidos ao autor : Caixa, 1574****S. Paulo**

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo

SESSÃO DE 14 DE AGOSTO

Presidente : DR. ALVARO COUTO BRITTO

Hemiplegia traumática de origem cortical, consequente a um ferimento por bala — PROF. FLAMINIO FAVERO e MANOEL PEREIRA. — Os autores, depois de recapitularem a symptomatologia apresentada pelo paciente e que permitiu o diagnostico neurologico feito, estudaram o prognostico medico-legal da lesão. O aspecto mais interessante é o da deformidade que dahi resultou. O paciente é, actualmente, um enfermo, no sentido medico da palavra. Sua hemiplegia, fixada na forma espasmódica, é de natureza incurável, segundo tudo faz suppor. Mas o danno esthetico resultante, apenas é perceptível quando o offendido se move, apresentando a chamada marcha em fouce. Os oradores, então, insistem em que taes danos, observados nas condições habituas de vida do ferido, são deformantes, es-

tando a dificuldade, apenas, em documental-os para esclarecimento da justiça. Lembraram-se, dahi, de aproveitar os recentes trabalhos do prof. Leonidio Ribeiro sobre filmagem de locaes de crime, para essa documentação. Fizeram, então, um film com todos os principais signaes neurologicos e o andar do paciente, film esse que exhibiram em seguida. Por elle se evidencia perfeitamente a deformidade.

Na discussão do trabalho, falou a respeito o dr. Basileu Garcia, que felicitou os oradores pela excellente idéia que tiveram de dar mais essa applicação á cinematographia. Disse que, assim, é possivel documentar-se no plenario do jury, de forma incontestavel, o prognostico pericial, em condições como essa. E terminou salientando o espirito progressista do Instituto Oscar Freire. — Dr. Manoel Pereira, secretario.

Sociedade de Ophtalmologia de S. Paulo

SESSÃO DE JULHO

Presidente : DR. BENEDICTO PAULA SANTOS

O Congresso de Londres — DR. MOACYR E. ALVARO. — O A. comunicou á Sociedade as suas impressões sobre esse certame, fazendo o resumo das principaes theses nelle disentidas.

O problema do trachoma em S. Paulo — DR. MOACYR E. ALVARO. — O A. faz largas considerações sobre a prophylaxia da conjunctivite granulosa e apresenta as bases para uma intensa campanha anti-trachomatosa, salientando a necessidade da collaboração federal, estadual e municipal, o que é imprescindivel para o seu exito. Discussão : sobre

o assumpto falaram quasi todos os oculistas presentes, ficando deliberado que a proxima sessão seja dedicada exclusivamente á discussão da prophylaxia do trachoma em São Paulo e que se elabore um relatorio que traduza o ponto de vista da Sociedade sobre o assumpto, relatorio esse que deverá ser encaminhado ás autoridades competentes.

Apresentação de doentes attingidos por formas graves de Trachoma e curados com methodo pessoal — DR. A. BUSSACA. — O A. apresenta tres irmãos, respectivamente de 20, 12 e 11 annos, tracho-

matosos, tratados com methodo pessoal, que expõe em resumo. Começaram o tratamento em Novembro de 1934. O maior apresentava trachoma II, com panno que cobria em AO, toda a cornea e apresentava infiltrados na parte central. O segundo apresentava trachoma III e panno OD, que cobria metade superior da cornea e OE, a metade externa. A menor apresentava trachoma II, com panno completo em OD, reacção parenchymatosa da cornea, e pequenos focos degenerativos na parte central. O OE, com cornea coberta de panno florido, apresenta leucoma total adherente. Tratados por alguns meses, foram operados em Março e Abril de ablação do músculo orbicular, na parte tarsal superior. O maior foi também operado de cantoplastia. A conjuntiva tarsal e a do fundo de sacco estão lisas; esta ultima apresenta uma cór esbranquiçada diffusa, devida ao processo cicatricial. Só no maior se observa uma pequena reducção dos fornices. As corneas, nos dois maiores, aparecem transparentes e só com o exame na lampada de fenda, se põem em evidencia numerosas nebulas e pequenas facetas corneanas e a rede vascular em parte obstruída. Na menor a cornea do olho direito retomou a transparencia, nos limi-

tes permitidos pelas fortes lesões inflamatorias e degenerativas, mas também neste olho, a um exame biomicroscopico cuidadoso, o processo apparece completamente apagado.

Resultados experimentaes obtidos pela inoculação intravitrea de material trachomatoso glycerinado — DR. A. BUSSACA. — O A. depois de ter lembrado os seus precedentes resultados, sobre o assumpto e a diffieuldade em interpretal-os, devido á presença de germens no material guardado por algum tempo em glycerina e em geladeira, no intuito de obter uma esterilisação parcial. Este material, inoculado no vitreo da cobraia, do coelho e da galinha, determinou nos dois últimos, o apparecimento de nodulos lymphoides semelhantes aos trachomatosos, no interior do olho. O A. descreve os varios tipos de reacção observada e fala sobre a genese dos nodulos. Salientes que reacções do mesmo tipo das descriptas, obteve pela inoculação no vitreo de material normal glycerinado. Portanto, a especificidade dos nodulos fica duvidosa, como também as presentes pesquisas não resolvem a questão da resistencia do agente do trachoma á glycerina.

Club Zoologico do Brasil

SESSÃO DE JULHO

Sobre a subdivisão racial do Ophidio Clubreido Philodryas serrá (Schlegel) — DR. AFRANIO AMARAL. — Meticuloso exame de exemplares desta especie justifica o reconhecimento de 2 raças: uma typica, representada por especimenes portadores de escamas dorsaes carinadas e encontrada no distrito tropical e litoral do Brasil ("Ph. serra serra"); outra, correspondente a exemplares providos de escamas mais ou menos lisas e occorrente no distrito subtropical e planalto sul-central do Brasil ("Ph. serra isolepis", subsp. n.).

Especies brasileiras do genero Synaliasia — DR. OLIVERIO PINTO. — E' enfeixado neste genero a maior parte dos passarinhos conhecidos vulgarmente pelas varias denominações de "Corruira do brejo", "João Tenenem", "Bentérê", "Pichchêrê" e outras. Pertencem á grande familia neotropica dos Dendrocolaptideos, cujo representante mais notorio é o João de Barro. Seus ninhos, characteristicamente feitos de gravetos e galhos secos entrecruzados, localizam-se ordinariamente em arbustos que crescem nos pantanos ou na immediata vizinhança destes. São

os João-tenentes representados no Brasil por mais de uma duzia de espécies e raças, bastante difíceis de distinguir pelos não especialistas. Nos ninhos de muitas delas têm sido encontrados por muitos observadores, ao lado dos do próprio passaro, ovos do Sacy "Tapera naevia", cuculideo muito commum nas nossas fazendas, mas cuja reprodução foi durante largo tempo verdadeiro misterio. Recentemente foi verificada, no ninho de certas espécies, a presença de um reduveido hematophago, cuja evolução individual, ainda não estudada convenientemente, está na dependencia do período de incubação da ave, tornando-se assim mais digna de nossa atenção.

Observações sobre Stephanurus dentatus — DR. ZEPHERINO VAZ.
— O "Stephanurus dentatus" Diesing, causador de conhecida helminose dos suínos, foi encontrado como parasita do boi, com localização hepática. O facto, que é bastante raro, foi, contudo, assignaldo por outros autores, entre os quais L. Travassos.

Methodo simples para a montagem total de nemathelminthos (nota previa) — DR. PAULO ARTIGAS.
— Consiste o methodo no seguinte:

O nemathelmintho fixado (em formol a 10%, formol acetico, formol physiologico) é posto em ácido acetico puro por varios minutos, até a impregnação perfeita pelo reactivo. Em seguida é passado para uma mistura, em partes iguaes, de ácido acetico e creosoto: nessa mistura o helmintho se diaphanisa, impregnando-se de creosoto. A diaphanisação se completa com a passagem do helmintho para o creosoto puro, no qual o nematoide pode permanecer largo tempo sem inconveniente. O ultimo tempo é o da montagem que é feita em uma solução em partes iguaes de resina mastique (resina de "Pistacia lentiscus") em creosoto. Feita a montagem, entre lamina e laminula, o helmintho é levado à platina aquecedora, de Malassy. À cesta do calor da platina aquecida evapora-se algum resto de agua que exista no preparado, ao mesmo tempo que seus bordos se tornam secos e resistentes. A acção do calor é absolutamente innocua; os nematoides resistem sem se alterar a temperaturas muito elevadas. Pode-se corar o nematoide pelo carmin acetico ou pelo carmin chlorhydrico — o tempo de coloração deve ser posto na primeira parte do manejo — havendo vantagem no tratamento prévio pelo ácido acetico.

LITERATURA MEDICA

Livros recebidos

Pathologia Cirurgica — AUGUSTO PAULINO, vol. III, F. Briguët & Cia. (rua S. José, 38), Rio, 1935.

A' serie de bons livros de Medicina que vem editando, a Livraria Briguët, do Rio, acaba de reunir mais um excellente volume: o terceiro da Pathologia Cirurgica do prof. Augusto Paulino, da Universidade do Rio. Seria desnecessario enaltecer o valor desta obra, pois os dois primeiros volumes tiveram larga procura, atestando quanto é desejada e apreciada a orientação cirúrgica do A.. Como já tivemos oportunidade de salientar, o que se des-

taca na obra do prof. Augusto Paulino é a riqueza da contribuição pessoal, fartamente documentada. O presente volume encerra nas suas 700 paginas os capítulos referentes às affecções cirúrgicas dos órgãos sexuais femininos, e às affecções cirúrgicas dos membros superiores e inferiores. O livro é ilustrado com numerosas photographias originais e algumas planchas a cores.

Compendio Pratico de Medicina. — E. MULLER e A. BITTORF, versão espanhola da 2.ª edição alemã, em 2 vols., Manuel Marin y G.

Campo (Mejia Lequerica, 4), Madrid, 1934.

No afan de traduzir os bons livros allemães, a livraria Manuel Marin y G. Campo, de Madrid, nos apresenta mais uma excelente edição: a do compêndio de Medicina dirigido por Muller e Bittorf. Como o título indica, trata-se de uma obra de carácter pratico, synthetica, escripta sob um plano predeterminado por varios especialistas. Livro moderno, condensa o estado actual dos principaes problemas clinicos, estabelece com precisão o diagnostico diferencial e orienta a therapeutica de um modo seguro, assinalando a conducta mais recommendavel. Os dois volumes encerram um total de mais de 2.000 paginas, em typo miúdo (corpo 6), com algumas ilustrações. Cada capítulo é firmado por um professor allemão, comprehendendo todas as especialidades.

Tratamento conservador de las enfermedades de la mujer. — E. Kahr, edição espanhola de Manuel Marin (Provenza, 273), Barcelona, 1935.

A tendência de uma therapeutica conservadora em Gynecologia está hoje plenamente vitoriosa. Para isso muito concorreram os aperfeiçoamentos da physiotherapia e os numerosos trabalhos da escola tedesca. O presente volume é tradução de uma obra do prof. Kahr, de Viena, em que a questão do tratamento conservador é collocada nos seus devidos limites, com um espírito superior de critica bem conduzida, graças a um longo tirocinio no terreno da pratica. Todos os capitulos da Gynecologia são devidamente apreciados e os ensinamentos synthetizados nos dominios da therapeutica são deveras uteis e dignos de meditação pelos que se encontram na actividade clínica, quer sejam especialistas, quer exerçam a medicina geral. Trata-se, pois, de um livro muito util, principalmente porque é moderno, actual.

Confissões de um comedor de opio — THOMAS DE QUENCEY, edição portuguesa dos Irmãos Pongetti (av. Mem de Sá, 78), Rio, 1935.

A conhecida casa editora do Rio lançou de acordo com a Editora Conkson Ltda. (Caixa postal, 2.316, Rio) uma versão portuguesa do interessante livro de Quincey. Como se sabe, Quincey foi um viciado do opio. Escriptor de raras qualidades, soube passar para o papel toda a tragedia de sua vida de escravo. Dando tintas de realidade ao seu sofrimento, o A. dedica o livro aos affecionados do toxico, para que "temam e tremam" e saibam renunciar. O professor Porto-Carrero faz a apresentação da obra aos leitores do Brasil. Preço, 6\$000.

Abcesso amebiano do figado. — JUAN MARTINEZ, Editorial Lagos (Cordoba, 3.040). Rosario, 1934.

Ao fazer concurso para professor adjunto de Clínica Médica da Faculdade de Rosario, na Argentina, o A. fez uma valiosa these sobre o abcesso amebiano do figado, agora enfeixada em elegante volume pela Libreria Médica Lagos, daquella cidade. Vivendo num ambiente onde a occurrence é das mais frequentes — pois em cada 65 dentes hospitalizados, um tem abcesso amebiano do figado — pôde o A. adquirir notaveis conhecimentos sobre o assunto, forjados numa pratica de 10 annos de convivio diario com os dentes. Assim, o seu trabalho é de alto valor, tanto mais que obedeceu a uma orientação didatica segura. O livro é ilustrado com 44 observações clinicas, acompanhadas de farta documentação.

X Congresso Internacional de Historia da Medicina, Madrid, 1935.

A commissão executiva do X Congresso de Historia da Medicina, que se reune no fim deste mês em Madrid, fez editar um interessante volume de propaganda do referido certame, contendo não só o programma do mesmo como curiosas informações sobre a Espanha medica.

Formulario Bouchardat. — BOUCHARDAT e RATHERY, 29.^a edição espanhola (da 37.^a francesa) da Casa Editorial Baily-Bailliere (Nunez de Balboa, 25), Madrid, 1935.

O conhecido formulario apparece este anno com algumas novidades. Desgrez escreveu um capítulo sobre electroterapia e therapeutica pelos rios X^e; Langeau versou a therapeutica psychiatrica. No mais, a mesma orientação dominante na ve-

lha obra: um livro onde o medico possa encontrar a solução para todas as contingencias clinicas. Dessa forma, a edição deste anno contem varios accrescimentos, relativos ás ultimas novidades therapeuticas de 1934. Preço do volume, 10 pesetas.

Publicações periodicas

Pathologia comparada da tuberculose. — Publicado pelo Instituto de Pathologia Comparada da Universidade de Milão, sob a proficiente direcção do eminent pathologista e tisiatra dr. Alberto Ascoli, acaba de aparecer o 1.^o numero da revista acima, que se destina a estudar e a contribuir para a solução dos problemas da tuberculose, do ponto de vista da pathologia comparada.

O Instituto de Pathologia Comparada da Universidade de Milão tem como secção importantissima um Instituto vaccinogenico antituberculoso, que ha 10 annos se occupa devo-

tadamente das questões relativas aos meios protectores específicos contra as molestias tuberculosas, realizando ensaios bem conduzidos e devidamente controlados sobre as diversas vacinas antituberculosas existentes, e especialmente sobre a vacina Calmette Guérin, que tem sido objecto de estudos e pesquisas experimentaes em animaes e no homem.

Já tem vindo á luz varios fasciculos contendo a sumula das experiencias levadas a cabo nesse notavel estabelecimento, cuja autoridade e renome são hoje de conhecimento geral.

IMPRENSA MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Ação Sindical, I, 1-6 Julho 1935.
A mortalidade infantil do Estado de S. Paulo — EDUARDO MAFFEI.

Archivos de Biología, XIX, 50-72, maio-junho, 1935.

Vegetais empregados na therapeutica hepatica — ULYSSES PARANHOS; Infecções de amebas em Zellerielas — E. REICHEINOW e A. CARINI; Methodo simples de verificação do liquido de Fehling — QUINTINO MINGOJA; O "Intestifago" como bacteriofago nas enteroinfecções — ISMOND COELHO.

Gazeta Clinica, XXXIII, 143-172, junho, 1935.

Da esterilização — HENRIQUE TANNER DE ABREU; A investigação scientifica em fisiologia — ARISTI-

DES GUIMARÃES; Contribuição ao estudo do calcr como meio therapeutico — DEUSDEDIT ALVES; A cura da hematura — PEDRO VAZ DE MELLO.

A Noticia Medica, I, 1-8-, 10 agosto, 1935.

O facultativo — ARTHUR TIBAU "O dengue" — B. MOLLERS; Tratamento moderno do aborto septic — WALTER BETHIN; A vitamina "E" na biologia e na clinica — ULYSSES PARANHOS.

Publicações Medicas, VI, 3-56, junho-julho 1935.

Desvios dos orgãos do mediastino na tuberculose pulmonar — ALBERTO CAVALCANTI; Cincos grammas de uréa no sangue — ALDERICO NO-

GUEIRA ; Variações chloremicas post-operatorias — Ddo. IB GATO FALCÃO

Revista da Associação Paulista de Medicina, VI, 236-286, maio, 1935.

Sobre o emprego dos antigenos cerebrais para o diagnostico da Neuro-

Lues parenchymatosa — OSWALDO LANGE ; Indicações da cirurgia gástrica. Bases anatomo-pathologicas e bioquímicas. — A. BERNARDES DE OLIVEIRA ; Representação radiográfica dos seios da face com meios de contraste — J. M. CABELO CAMPOS.

ASSUMPTOS DE ACTUALIDADE

A dor em cirurgia

Medicação post-operatoria.— Resumo de um trabalho de F. SCHULZE, Medico auxiliar da Seção Cirúrgica do Hospital Municipal de Berlim-Weissensee. — "Devido ás suas excelentes propriedades como analgesico a morfina e os seus derivados não devem ser riscados da lista dos medicamentos necessarios. E', no entanto, verdade que há muitas especies de dores (aqueellas, por exemplo, que são occasionadas por espasmos viscerais) que podem ser combatidas por meio de outros medicamentos, que nem de longe possuem as conhecidas acções nocivas e desvantajosas que a morfina posse.

Nas laparotomias não é a dor da incisão que atormenta mais os doentes mas sim, muito especialmente, as violentas dores espasmodicas que muitas vezes aparecem depois de intervenções extensas (perturbações flatulentas). Durante um periodo de 5 meses o autor não empregou nunca a morfina contra as dores post-operatorias em laparotomizados ; em caso de necessidade usou sempre, exclusivamente, o Octinum em injecções. Com excepção de dois casos de colecistectomia, poude verificar-se uma acção immediata e completa ; passados, quando muito, cinco a dez minutos, já os doentes estavam completamente livres de dores. Esta acção do medicamento mantinha-se, em media, durante duas a tres horas, mas logo que as dores apareciam de novo podiam-se repetir á vontade as injecções de Octinum, sem receio de provocar qualquer acção accessória prejudicial. A desejada dejecção ao

terceiro ou quarto dia deu-se sempre regularmente, o que nos prova que não ha razão para temer uma paralisia persistente do peristaltismo provocada pelo Octinum. Com excepção de tres casos em que apareceram palpitações cardíacas (alias rapidamente passageiras) e suores abundantes, nunca se verificou qualquer acção nociva sobre a circulação e sobre o coração.

Outra acção do preparado que o autor considera como muito conveniente e deseável é o rapido desaparecimento dos vomitos pos-operatorios por meio do Octinum em injecções. Os vomitos, quasi sempre matutinos, das gravidas, no terceiro, quarto e quinto mez da gestação, tambem desapareceram na maior parte dos casos já ao segundo ou terceiro dia dum tratamento contínuo pelo Octinum (1 comprimido 3 vezes por dia), de tal maneira que se poude dar alta ás doentes que se vieram livres de molestias.

A acção favorável do Octinum na dismenorrhea, posta em evidencia por outros clinicos, poude ser inteiramente comprovada pelo autor. Tambem lhe foi possivel demonstrar que, para evitar o aborto imminent, o Octinum posse um valor pelo menos tão grande como o dos outros medicamentos de acção anti-espasmódica habitualmente usados.

A grande importancia que o Octinum pode ter tambem sob o pontos de vista do diagnostico é demonstrada por um exemplo.

Resumindo accentua o autor que o Octinum tem o maior valor como

anti-espasmodico em todos os casos puros de espasmos funcionaes. Desta restrição depreende-se que só nesses casos o Octinum pode exercer a sua ação analgesica. O Octi-

num pode de facto, em muitos casos, substituir a morfina, e é sobretudo um medicamento precioso para combater as dores post-operatorias, principalmente depois das laparotomias

Tratamento da amebiase intestinal

Um novo recurso contra a amebiase. — Conclusões contidas num trabalho de P. MILLISCHER, em *La Presse Médicale*, n.º 32, pag. 654, 20 de abril de 1935, trabalho que foi comunicado á Société de Pathologie Exotique, sessão de 13 de fevereiro de 1935.

1. O mixiod, que é o ácido iodo-oxychinolino sulphonico, é bastante activo na dysenteria amebiana.

2. Sua efficacia é maxima quando empregado simultaneamente per os e em lavagens por séries alternadas de 7 dias.

Segundo os casos, empregando uma a quatro séries, o A. não registou nenhum insucesso em 22 doentes. Resalta o A. que o mixiod pode ser associado ao tratamento pela emetina.

VIDA MEDICA PAULISTA

1.º Congresso Brasileiro de Hydro-Climatologia

Sua realização nesta capital. — No salão nobre da Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo levou-se a efeito, a 12 de agosto último pela manhã a sessão inaugural do Congresso de Hydro-Climatologia — certame este promovido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia, — em colaboração com o Touring Clube do Brasil — secção de São Paulo.

Presidiu os trabalhos o prof. Cantidio de Moura Campos, secretário da Educação; tomaram assento à mesa os profs. Aguiar Pupo, director da Faculdade de Medicina; Ovidio Pires de Campos e Syenesio Rangel Pestana.

Depois de, em rápido discurso, declarar installedo o Congresso, o prof. Cantidio de Moura Campos passou a palavra ao prof. Ovidio Pires de Campos, que saudou os congressistas e colocou em relevo a significação do certame — o primeiro que, no genero, se realiza em nossa Capital.

Nessa sessão o prof. Celestino Bourroul tratou das "aplicações clínicas das águas das Thermas de

Lyndoia", cabendo ao dr. Belfort de Mattos Filho ocupar-se das "estâncias de Campos de Jordão, Caldas Novas de São Pedro e Thermas de Lyndoia", falando também sobre "Campos do Jordão" o dr. Raphael de Paula Souza.

Foram ouvidos, ainda, os congressistas prof. Pinheiro Cintra, sobre a "importância do equilíbrio dos saes do organismo perante as mudanças de clima", o dr. Manuel dos Santos Brandão, prefeito de Cambuquira, a respeito do interessante tema "thermo-climatismo social" e o dr. Bruno Lobo, representante do Laboratorio Central da Produção Mineral, do Rio de Janeiro, comunicando a "descoberta do radio-thorio em dissolução na agua das Thermas de Lyndoia", o que a torna permanentemente radio-activa, facto extremamente raro.

Apresentando um trabalho do dr. Margarino Torres, o prof. Aguiar Pupo põe em relevo as considerações do autor "sobre a bio-meteorologia", encerrando a exposição de assuntos o engenheiro A. Alves de Almei-

da, com referencia á "funcção dos gizes que se desprendem do sólo nas estações climaticas e nas hydro-mineraes".

Na séde da Sociedade de Medicina e Cirurgia realizou-se, á noite, a segunda reunião do Congresso, sendo apresentados, entre outros trabalhos, uma valiosa contribuição do prefeito de Poços de Caldas, dr. Assis Figueiredo, sobre a "evolução história do hydro-climatismo e sobre a sua organização moderna, no seu triplice aspecto medico, administrativo e financeiro."

Deste ultimo ponto de vista, o autor justifica a instituição da "taxa de estada", onerando o visitante e oscilando entre limites razoaveis, na forma de uma porcentagem sobre as contas de hospedagem, para ser determinada e exclusivamente aplicada em beneficio dos proprios visitantes, financiando programas festivos, embellecimento, melhoramentos de estabelecimentos thermaes, etc. E causaram excelente impressão as estatísticas que citou a respeito da França, onde a referida taxa, variando de 1 a 3 francos por dia e "per capita", produziu em todas as suas estações balneares e climaticas, o seguinte :

Em 1922	8.000.000 de francos
Em 1925	14.551.506 de francos
Em 1929	25.080.581 de francos
Em 1930	24.207.264 de francos
Em 1931	23.838.660 de francos

Referiu-se, a seguir, o dr. Assis Figueiredo á urgente necessidade de termos no Brasil um Instituto Official de hidrologia, como departamento do Ministerio da Saude Pública e á conveniencia de se estabelecerem nas nossas Faculdades de Medicina cadeiras de Hydro-Climatologia, merecendo suas considerações a mais franca approvação de todos os congressistas.

Sobre a "contribuição do turismo para o progresso das estâncias hydro-mineraes e climaticas" falou o dr. Americo R. Netto, secretario e representante da secção paulista do Touring Club do Brasil, dizendo que quantitativamente essa contribuição era tão grande e multiforme que realmente se tornava incommensurável. Deixava de procurar definir-a neste

particular, fazendo-o do ponto de vista quantitativo, no qual notava a influencia do turismo nestes seus dois aspectos principaes : a directa e immediata e a indirecta e remota.

O efecto directo e immediato do turismo para as hydropoles está no encaminhamento que para elles faz do turista, materialmente indispensavel não só para a sua vida como para o seu progresso. Mas um visitante não vale apenas por si só e sim por outros visitantes que seguem o seu conselho e exemplo e pelos melhoramentos locaes que pede e até mesmo exige, taes como os serviços de hoteis e de divertimentos, a melhoria dos meios de comunicação e a propaganda geral, intensa e systematica das estações de aguas em geral. Neste sentido a obra do turismo é imensa, a elle se devendo a propria realização do Congresso, que nasceu do exito do I Circuito das Estações de Aguas, em Novembro de 1934, e a possibilidade de boas articulações rodoviarias de São Paulo com o sul de Minas, especialmente no trecho Cachoeira-Passa Quatro, de verdadeira significação nacional.

"O turismo mostra, explica, aproxima e consolida, foram as considerações finaes do orador, sucedido na tribuna pelo prof. Moraes Rego, a quem coube falar proficientemente sobre varios, interessantes e quasi desconhecidos "aspectos da geología ligada ao thermo-climatismo".

Ocupou a tribuna, em seguida, o dr. Benedictus Mario Mourão, que apresentou uma communicação sobre o tratamento de dermatoses graves pela agua sulphurosa e a applicação desta em injecções endovenosas.

A seguir, o dr. José Dutra Oliveira procedeu á leitura de trabalhos de auctoría dos srs. Martim Ficker e Octavio Magalhães, sobre estudos bacteriologicos das aguas hydro-mineraes.

Por proposta do dr. A. R. Netto foi aprovado, unanimemente, um voto de aplauso ao dr. José Dutra de Oliveira, inspirador do Congresso e um dos seus maiores propagandistas.

No amphitheatre de Physiologia da Faculdade de Medicina, realizou-se no dia 13 de agosto, á tarde, a terceira sessão do Congresso de Hydro-

Climatologia, sob a presidencia do sr. Aristides de Mello e Souza, tendo ainda tomado assento á mesa os profs. Annes Dias, cathedratico da Universidade do Rio de Janeiro e Dutra de Oliveira, secretario do certame.

Iniciados os trabalhos, o prof. Annes Dias realizou interessante conferencia, subordinada ao thema — Climatologia Medica". Depois de estudar o assumpto em seus varios aspectos, o orador concitou os medicos e meteorologistas a conjugarem seus estudos, no sentido de bem esclarecer os problemas de meteorologia medica.

"Radio-actividade das aguas do Araxá", pelo dr. José Ferreira de Andrade Junior, lido pelo dr. João Bruno Lobo. "Da acção zymosthenica das aguas mineraes" dos drs. João de Deus G. Reis e Magaldi.

O prof. Adelino Leal apresentou interessante trabalho sobre os "processos de mensuração da radioactividade". Discutindo essa exposição, o dr. Bruno Lobo sugeriu a necessidade de se rem os processos apresentados pelo orador, feitos por comparação com soluções padrões conservadas em institutos especializados. Abordando, a seguir, o dr. Bruno Lobo, questão relativa á radioactividade das fontes de Lindoya concordou o sr. Adelino Leal com a ocorrência de radiothorio em dissolução, considerando este elemento como capaz de prejudicar os resultados, caso não seja levado em consideração. Accentuou, também o dr. Bruno Lobo as propriedades therapeuticas deste elemento, cuja ocorrência confere ás aguas de Lindoya valor pouco commun.

A seguir, foram apresentadas as comunicações que se seguiram: "Criação do Instituto de Hydrologia" dos drs. Eduardo Vaz, H. Pinheiro, Eurico Branco Ribeiro e Adelino Leal. "Iodo nas aguas chloreatas", do dr. Frederico Muller, "Dos Institutos de Hydrologia Experimental e hoteis nas nossas estâncias hydromineraes", do prof. Aguiar Pupo.

Falou, depois o dr. Vicente Rizzo, subordinando sua exposição ao thema — "Aguas de Lindoya — considerações em torno da emanação do radio e cura de diurese".

Demonstrou a efficacia das substancias radio-activas sobre o sistema nervoso, em casos de sciatica e poly-

nevrite. Em seguida, tratou da cura da diurese pelas aguas de Lindoya. Referindo-se aos resultados obtidos com esse tratamento, o orador fez a projeção de diapositivos interessantes e que causaram a melhor impressão. Concluindo, teceu o dr. Vicente Rizzo varias considerações sobre a acção efficaz das aguas de Lindoya, no tratamento da lithiasis renal, da gotta, do eczema, etc..

Foram, logo depois, apresentadas as seguintes comunicações: "Aguas da Fonte Rosario", de Atibaia, do dr. Pedro Paulo Correa — "Notas de chronologia clinica e aspectos do problema hydro-mineral brasileiro", do dr. José Nicolau Mileo, lida pelo dr. José Dutra de Oliveira.

Sob a presidencia do prof. Annes Dias e secretariada pelo dr. Dutra de Oliveira, realizou-se no dia 13 á noite, no salão da Sociedade de Medicina e Cirurgia, a quarta sessão do Congresso de Hydro-Climatologia.

Em primeiro lugar, usou da palavra o dr. Dutra de Oliveira que, depois de falar sobre "diurese e metabolismo", teceu varias considerações a respeito da "crenotherapy nos estados gastro-intestinaes". Falou, a seguir, da "acção pharmaco-dynamica das aguas do Araxá" e terminou referindo-se ao "poder zymosthenico das aguas do Prata, de Lindoya e do Araxá". Esse trabalho foi discutido pelo dr. Mario Magalhães.

A seguir, o dr. Aristides Mello Souza apresentou um estudo sobre as "fontes sulfurosas de Poços de Caldas".

Falou, depois, o sr. Mario Mourão, que fez diversas considerações sobre "as ulcera no estomago e do duodeno e seu tratamento pelas aguas sulfurosas de Poços de Caldas" — tratamento que, afirmou o orador, dá os melhores resultados, alcançando pleno exito.

Logo a seguir, o sr. Martinho de Freitas apresentou uma comunicação, em que estudou "desensibilização pelas injecções endovenosas das aguas sulfurosas de Poços de Caldas".

Seguiu-se-lhe, com a palavra o dr. Genésio Salles, que fez uma exposição sobre a "captação das aguas thermo-radio-activas de Caldas do Cipó" — estancia do Estado da Bahia. Isto feito, o orador procedeu á lei-

tura de um trabalho do dr. Salustino Guerra, a propósito do "tratamento thermal de hipertensão e das indicações e contra-indicações das águas de Caldas do Cipó". A seguir, fez o dr. Genesio Salles a leitura de uma exposição sobre o "valor terapêutico das águas de Caldas do Cipó" de autoria do dr. Benjamin Salles.

Sob a presidência do dr. Synesio Rangel Pestana, realizou-se a 14 de agosto às 9 horas, no salão nobre da Santa Casa, a quinta sessão do Congresso de Hydro-Climatologia.

Iniciados os trabalhos, o prof. Pinheiro Cintra, com a palavra, discorreu sobre as "indicações terapêuticas das águas minerais".

A seguir, o dr. Bruno Lobo apresentou uma comunicação a respeito da "radio-atividade" e "sobre as applicações pharmaco-dinâmicas das águas do Araxá".

O dr. Afranio do Amaral fez uma exposição, quanto à "ação phylatica das águas sulfúreas em relação ao sulfato de esparteina, aos venenos botrópico e crotálico e às toxinas diphitericas e tetanicas".

O sr. Mario Magalhães apresentou 1 trabalho "sobre as indicações das águas do Araxá".

Finalmente, usou da palavra, o dr. Octavio Paula Santos, para fazer uma exposição "sobre as águas de Lindoya".

A's 20,30 horas, teve inicio, na Sociedade de Medicina e Cirurgia, sob a presidência do dr. Bruno Lobo, a sexta sessão do certame.

Inicialmente, falou o dr. João Lombardi, que teceu varias considerações "sobre as indicações terapêuticas das águas de Serra Negra".

Os drs. Adelino Leal e Raulo Fonseca apresentaram uma comunicação a respeito "das águas nitradas".

Depois, o dr. Orozimbo Correia Netto dissertou a propósito das "indicações das águas de Poços de Caldas".

"Sobre as águas de Canidu e trabalhos de sua captação", falou o dr. Alves de Almeida.

O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se ao "emprego da agua de Valinhos, como laxativo, em estados post-operatorios".

Logo após, o dr. Gualberto Paula Magalhães apresentou "um estudo sobre as águas sulfídricas de São Pedro, suas propriedades e indicações".

O dr. Adelino Leal falou, depois, a respeito das "água de Alambary e "Aclea" do Salto de Itu".

O dr. Mario Mourão fez uma exposição sobre "as instalações balneares de Poços de Caldas".

Seguiu-se-lhe com a palavra o sr. Reynaldo Pimenta, que discorreu a propósito "das indicações das águas de Pocinhos do Rio Verde".

Para apresentar um trabalho referente à "climatologia do alto do Itatiaya", usou, a seguir, da palavra, o dr. Theophilo de Almeida.

O dr. João de Deus, referiu-se à "propaganda de águas minerais", collocando em relevo a necessidade, que se torna cada vez maior, de se estabelecer rigoroso controle, afim de evitar os abusos que hoje se verificam.

Usando da palavra, o prof. Aguiar Pupo, depois de referir-se aos trabalhos preparatórios levados a efecto pela comissão que fôra encarregada, pela Sociedade de Medicina e Cirurgia, de promover a organização do Congresso, salientou que, ao entusiasmo despertado pela iniciativa, se devia o exito pleno alcançado pelo certame. Concluindo, propôz que o 2.º Congresso de Hydro-Climatologia se realize em junho de 1936, em Belo Horizonte — proposta que foi aprovada pelos presentes.

Em nome da representação mineira, o dr. Mario Mourão agradeceu as palavras do prof. Aguiar Pupo e a sua sugestão sobre a realização do proximo Congresso na Capital de Minas.

A seguir, foi aprovada uma moção do dr. Eurico Branco Ribeiro e outros sobre a criação do Instituto de Hydrologia.

Finalmente, o prof. Ovidio Pires de Campos, depois de agradecer a contribuição prestada ao bom exito do Congresso pelos que participaram de seus trabalhos, deu por encerrado o certame.

Visita ás estâncias do Prata, Poços de Caldas e Pocinhos do Rio Verde. — O I Congresso Brasileiro de Hydro-Climatologia, reu-

nido nesta Capital, encerrou-se com chave de ouro com a excursão feita, a convite, às estâncias de Prata, Poços de Caldas e Pocinhos do Rio Verde.

Depois da apresentação de trabalhos e de discussões nas sessões científicas realizadas na Santa Casa, na Faculdade de Medicina e na Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, com a presença de técnicos de vários Estados e de vultos de destaque da medicina paulista — 37 congressistas seguiram no dia 16 de agosto em carros "pullman" da Paulista e da Mogiana, rumo áquelas estâncias. Chefiaram a caravana o prof. Aguiar Pupo, diretor da Faculdade de Medicina e o dr. Dutra Oliveira, secretário executivo do Congresso. Entre os excursionistas figuravam os drs. João Bruno Lobo, assistente do Departamento de Produção Mineral do Ministério da Agricultura; Vicente Rizzo, representante de Thermas de Lindoya; João Lombardi, de Serra Negra; Genesio Salles, de Caldas do Cipó, da Bahia; dr. Alves de Almeida, de Canidu, em S. José dos Campos; Gualberto Vicente de Paula Magalhães, de S. Pedro; Benedictus Mourão, de Poços de Caldas; Cândido Dóres, da Repartição de Águas de S. Paulo.

A caravana chegando ao Prata foi recebida na estação por elementos destacados da sociedade local, entre os quais se viam os srs. Waldemar Ferreira, prefeito de S. João da Boa Vista e Renato Barrachini, sub-prefeito de Prata. Dirigindo-se para o Hotel S. Paulo, a comitiva repousou alguns instantes, sendo-lhe oferecido um lanche, depois do que se iniciou a visita às fontes. A emergência das fontes Antiga, Nova, Paiol e Platina foram vagarosamente examinadas, sendo ventilados pelos técnicos vários aspectos interessantes do aproveitamento das águas do Prata. À noite, no Hotel S. Paulo, a estância e as autoridades locais ofereceram à comitiva um lauto banquete, tendo falado, oferecendo a festa o dr. J. J. Oliveira Netto. Em nome dos visitantes agradeceu as homenagens o dr. Alves de Almeida.

Na manhã seguinte, os excursionistas partiram para Poços de Cal-

das. Na grande estância mineira foi a comitiva recebida por uma comissão composta dos drs. Gil Monteiro, Rezende Chagas e Faria Lobato. Encaminhados para o Palace Hotel, teve ali carinhosa recepção, dando-se logo inicio a um interessante programa de visitas. Após uma demorada visita à Cascata das Antas, onde se aproveitou do esplendor daquele recantinho de Poços, foi a Comitiva recebida no Country Clube pelo dr. Aristides de Mello Souza, diretor dos Serviços Thermaes e por vários médicos da estância. Ali lhe foi servido um "cocktail" seguindo-se um almoço no Palace Hotel. A tarde foi destinada a uma visita minuciosa às Theras Antonio Carlos, onde os cronologistas tiveram a oportunidade de apreciar o óptimo apparelhamento da grande estância, collocada, sem favor, ao nível das mais velhas e reputadas estações europeias. Após o jantar os congressistas visitaram as sumptuosas instalações do Casino. Dali foi apreciada a maravilhosa fonte luminosa, um dos principais atractivos de Poços.

Na manhã do dia 18, os congressistas partiram de automóvel para Pocinhos do Rio Verde, onde foram recebidos pelo casal Paiva de Oliveira. Visitados com muito interesse as fontes de Pocinhos, cujas virtudes no combate às colites são bastantes conhecidas, foi servido no Grande Hotel um almoço, regado a vinhos de Caldas. Offerecendo a festa em nome da estância e da cidade de Caldas, falou o prefeito dr. Paiva de Oliveira. Secundou-o com a palavra o dr. Reynaldo Pimenta, que discorreu sobre as propriedades das águas de Pocinhos. Em nome dos congressistas agradeceu a magnifica recepção o dr. Vicente Rizzo. Encerrando a festa, o prof. Aguiar Pupo proferiu algumas palavras para enaltecer os esforços do dr. Paiva de Oliveira em prol da estância e da cidade de Caldas.

Depois de uma visita a Caldas, onde foram apreciadas uma excelente tela e as instalações Enoligicas do Ministério da Agricultura — os congressistas regressaram a Poços visitando ainda a Fonte dos Amores e a Chacara Quisisana — aprazíveis recantos da grande estância mineira.

A' noite, no Palace Hotel, os Serviços Thermaes de Poços de Caldas ofereceram aos excursionistas um sumptuoso banquete, com a presença de numerosos clínicos da estância, de médicos platinos e de autoridades e clínicos das estâncias vizinhas. A' sobremesa, o dr. Aristides de Mello e Souza pronunciou brilhante oração, enaltecedo o valor do I Congresso Brasileiro de Hydro-Climatologia. Salientou o papel preponderante que S. Paulo teve na organização do certame, através do esforço bem conduzido do dr. Dutra de Oliveira, sob o prestígio da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo e da Secção Paulista de Touring Club do Brasil. Mostrou a importância da colaboração dos crenologistas brasileiros, orientados agora em pesquisas científicas, e terminou saudando os congressistas em nome dos Serviços Thermaes. Em nome dos clínicos de Poços de Caldas, falou o dr. Orozimbo Correa Netto, para

fazer uma saudação aos médicos visitantes. Pelos congressistas agradeceu a festa o dr. João Lombardi. O dr. Alves de Almeida lembrou as figuras venerandas dos grandes batalhões pelas nossas águas, e o dr. Vicente Rizzo salentou a primorosa organização dos Serviços Thermaes de Poços de Celdas. Por fim, encerrando o banquete, o prof. Aguiar Pupo agradeceu a saudação dos clínicos de Poços de Caldas. Em seguida, os congressistas dirigiram-se para o salão de festas, onde lhes foi oferecido um magnífico baile, que se prolongou até às primeiras horas do dia 19.

O regresso dos congressistas deu-se em carros "pullman" da Mogiana e da Paulista, debaixo da mais agradável impressão, pela cordialidade que reinou, pela magnifica hospitalidade recebida nas estâncias e pela optima demonstração prática do grande valor das águas das fontes visitadas.

Asylo-Colonia Santo Angelo

Inauguração do estadio. — A Caixa Beneficente do Asylo Colonia Santo Angelo inaugurou, a 2 de agosto último, a parte já concluída do estadio, comemorando assim a passagem do 7.º aniversário da fundação d'aquella Caixa.

A Caixa Beneficente do Asylo-Colonia Santo Angelo, fundada em 15 de abril de 1934, tem por fins pleitear e defender os direitos e interesses dos doentes internados nesse estabelecimento, auxiliá-los e proporcionar-lhes conforto, instrução e diversões. Além de uma diretoria tem a Caixa Beneficente três comitês: a Caixa Beneficente três comissões: de assistência social, de festas e de esportes.

Cogita a Caixa Beneficente, presentemente, da construção de um Casino: entretanto, antes disso trouxe da adaptação de um amplo salão destinado a diversos. Nesse salão foram armadas três excellentes mesas de bilhares; outras mesas são distri-

buidas para jogos de salão, tais como xadrez, dama, dominó, cartas de baralho, etc.. Para outros jogos existe um reservado confortavelmente mobiliado, com mesas próprias, destinado aos doentes de maiores recursos. Há também instalado um pequeno "bar", onde são vendidos, sem lucro, bebidas não alcoólicas, café, cigarros, doces, etc., além de uma seção de frutas nacionais e estrangeiras. Esse salão funciona sob muita ordem, tendo sido organizado um regulamento e um horário, que são fielmente observados. Os saraus dansantes que se realizam três vezes por semana sob o som de um "jazz-band" que a Caixa organizou e mantém. Isso traz grande alegria aos internados e proporciona ensejo aos musicistas de praticarem sua arte, fazendo com que todos esqueçam a sua reclusão.

Uma das maiores realizações da Caixa Beneficente foi a instalação no Asylo de um moderno cinema sonoro, que accommoda cerca de 500

pessoas em poltronas numeradas, possuindo instalações hygienicas para ambos os sexos. As sessões cinematographicas se realizam tres vezes por semana, por isso que o cinema é uma das mais agradaveis diversões dos internados.

Com o intuito de suavizar o sofrimento dos internados e, ao mesmo tempo polos em contacto com o mundo, a Caixa Beneficente instalou nada menos de seis apparelhos de radio, distribuidos nos diversos departamentos.

Cruz Vermelha Brasileira

A secção de São Paulo. — Na reunião da assembléa geral realizada a 29 de julho p.p., foram escolhidos os seguintes nomes para constituir a administração definitiva da Cruz Vermelha Brasileira, filial de São Paulo :

DIRECTORIA — Presidente, dr. Francisco de Sales Gomes Junior ; 1.^o vice-presidente, dr. José de Toledo Piza ; 2.^o vice-presidente, dr. João Baptista de Souza ; tesoureiro, sr. Antonio Carlos de Assumpção Filho ; secretaria, professora Dinorah Cirio Chacon ; secretario, dr. Pelagio Lobo.

CONSELHO DELIBERATIVO — Sras. d.d. Angelina Aguiar, condessa de Serra Negra, Chiquita Garcia da Rosa, Hermantina Shalders, Julia Mondim de Albuquerque Mendes, Judith Pupo, Lucia Assumpção do Amaral, Marina de Moraes Burchard, Erna Schadlich, Sara Rauhay e os srs. drs. Augusto Meirelles Reis Filho, Antonio Mendonça, Altino Antunes, Antonio Mercado, Filinto Haberbeck Brandão, José Cassio de Macedo Soares, Oswaldo Portugal, comm. Gabriel Cotti, e srs. João Baptista da Cunha Bueno e Alberto Lourenço de Azevedo.

CONSELHO FISCAL — Coronel Arthur Diederichsen, dr. Renato Maia, dr. Plinio de Oliveira,, sr. Luiz Assumpção Fleury, sra. Perola Ellis Byington (ex-oficio), eleita directora da secção feminina. Para vice-directoras desta secção foram de acordo com os estatutos, escolhidas as sras. d.d. Isa de Souza Queiroz Rubião e Carolina Queiroz de Moraes.

Perante essa assembléa foi lido, pelo dr. Afranio do Amaral, presidente da delegação reorganisadora, o

relatorio que foi enviado por ella ao presidente do orgam central da Cruz Vermelha Brasileira, dando-lhe conta de todas as medidas tomadas para normalisar a situação da filial paulista.

Essa delegação, nomeada a 3 de Maio de 1934, com poderes amplos de intervir na filial, reorganizando-a em seguida á destituição da directoria de então por parte do orgam central, de acordo com o decreto federal n. 23.482, de 21 de Novembro de 1933, era originalmente composta dos drs. Adhemar de Moraes, Afranio do Amaral, Antão de Moraes, Carlos Fernandes, José Ayres Netto e Vicente Rão. Em reunião do dia 9 de Maio de 1934, essa delegação resolreu distribuir da seguinte forma o trabalho entre os seus membros : professor Vicente Rão — presidencia e orientação jurídica dos actos de reorganização ; dr. Adhemar de Moraes — direcção da thesouraria e contabilidade ; dr. Antão de Moraes — actos de secretaria e estudo jurídico das questões ; dr. Afranio do Amaral — reorganisação economico-financeira e articulação com os poderes publicos ; drs. Carlos Fernandes e José Ayres Netto — orientação das questões de carácter medico-social.

Em Julho de 1934, o professor Vicente Rão, nomeado ministro da Justiça do governo constitucional da Republica, teve que desligar-se da delegação, depois de haver posto em marcha os serviços de reorganização, tendo, desde então, continuado a prestar os trabalhos realizados na filial paulista e as iniciativas do orgam central. Para substitui-lo na presidencia da delegação, foi escolhido pelos membros restantes o dr. Afranio do Amaral. Nomeado minis-

tro da Corte de Appelação de São Paulo em Abril ultimo, foi obrigado a afastar-se da delegação o dr. Antônio de Moraes, depois de ter encaminhado para uma solução satisfatória inumeros casos de natureza jurídica de que dependia a normalização definitiva da vida da filial.

Em vista das anomalias encontradas na administração social, a delegação foi obrigada a organizar completamente todos os serviços, desde o inventário dos bens da instituição, até o arquivo de valores e documentos, inclusive escripturas de doações e contratos.

Na parte financeira, verificou depois de organizada a escripta comercial e feito o balanço da sociedade, que importava em 1.439.734\$930 o onus real que a directoria destituída havia deixado a pesar sobre a filial paulista. Dessa importância 723.552\$020 correspondiam a débitos em conta corrente ou por aceites da alludida directoria e 716.182\$910 representavam as despesas feitas com o preparo e equipamento do Hospital de Prompto Socorro, para cujo funcionamento a Cruz Vermelha havia celebrado contrato com o Círculo Esotérico do Pensamento e o sr. Antonio Olivio Rodrigues, contrato esse que a delegação verificou, com surpresa, haver a presidente da directoria destituída rescindido a 8 de Maio de 1934. Em virtude da perda que esse acto representava para os cofres sociaes e para o serviço de assistência à população da capital, o qual, pelo contrato celebrado, em 30 de Maio de 1933, com o governo do Estado, deveria ficar a cargo da Cruz Vermelha, a delegação tomou as necessarias providencias de carácter administrativo e legal para defesa desse importante patrimônio; isso ella conseguiu nos ultimos tempos, havendo a propósito retomado o contrato sob bases bastante favoráveis e entrado na posse immediata do material clínico-cirúrgico do Hospital de Prompto Socorro, cujo valor sobe actualmente a mais de 600.000\$.

Durante sua gestão, de cerca de 14 meses, a delegação conseguiu os seguintes resultados: 1) pagar o passivo encontrado, deixando apenas

um resto de 229.004\$220, já devidamente ajustado com os credores, que serão pagos em prestações mensais sem juros, com os recursos normaes de Caixa; 2) retomar o contrato do Hospital de Prompto Socorro com o pagamento das dívidas em atraso, no valor de 197.952\$800, deixadas pela directoria destituída; 3) levantar a hypotheca que pesava sobre a renda do 1º andar do predio á rua Libero Badaró, n. 10 por emprestimo contrahido pela directoria destituída; 4) reorganizar inteiramente o Hospital de Crianças em Indianapolis, transferindo para lá a Pharmacia e o Ambulatorio da Cruz Vermelha, unificando serviços, estabelecendo controle de entrada e saída de generos e medicamentos e substituindo o pessoal technico e administrativo, a cuja testa voltou a figurar o conhecido pediatra, dr. Mario Mursa; 5) unificar, em uma só garage central, annexa ao Hospital de Crianças, o serviço de transportes, dado que os veiculos da instituição se achavam distribuidos em duas garages na cidade, estando a sua maior parte desprovida de peças importantes platinados e pneumáticos; 6) liquidar, com o Departamento do Trabalho, a desagradavel pendencia resultante do uso commun, para fins de albergue nocturno, do velho predio á rua Conceição; 7) organizar o arquivo completo de todos os documentos da Sociedade, instituir serviço moderno de contabilidade, reformar as salas do predio da sede central, cuja renda mensal actualmente de cerca de 32.000\$, reverte em beneficio das obras de carácter medico-social, especialmente de assistencia á infancia, afectas á Cruz Vermelha de São Paulo; 8) aumentar de 1.045.554\$010 o patrimonio social, graças ás medidas de carácter economico-financeiro postas em pratica.

Esse resultados a delegação os obteve sem criar novos onus para a Sociedade e lançando mão apenas da renda obtida com as medidas de reorganização. Nesse ponto, encontrou sempre a maior boa vontade da parte dos inumeros credores da filial, que, além de fazerem importantes reduções nos débitos deixados pela directoria destituída, con-

cordaram em receber o saldo em pequenas amortizações sem juros. Igualmente deve aos directores do Banco Commercial do Estado de São Paulo a deferencia especial para com a delegação de facilitarem operações de crédito, necessárias à liquidação do vultoso passivo encontrado.

Em officios dirigidos á Delegacia de Furtos, a 29 de Maio e 3^{de} Agosto de 1934, a delegação apresentou queixa contra os contratantes do chamado "Sorteio Nacional" para emissão de 600 mil bilhetes de 2\$000 (total 1.200.000\$), em virtude de se considerar espoliada a "Cruz Vermelha". Esse inquerito continua a correr naquella delegacia, que também procura apurar o destino que tiveram as quantias subscriptas em um "Livro de Ouro".

Antes de terminar seus trabalhos, a delegação tomou as necessárias providências acauteladoras do interesse social, por ter descoberto, em um dos cartórios desta capital, o

registro de uma nova entidade que, no fundo, se propunha a substituir a Cruz Vermelha em sua missão e de cujos estatutos se verificava que 20% da renda total, a ser arrecadada pela alludida entidade, reverteriam em benefício de sua superintendente e de seu director geral, os quais exerciam então, respectivamente, os cargos de presidente e secretario geral da directoria destituída, da Cruz Vermelha, filial de São Paulo. Essa entidade denomina-se "União Nacional de Socorros".

Normalizada a situação da filial paulista, resta á directoria recem-eleita e empossada a importante missão de levar avante os trabalhos de assistencia medico-social, com os elementos innumeros e devotados com que conta a Sociedade em nosso meio e em collaboração estreita com o governo do Estado e diversas instituições particulares philanthropicas e pessoas que desejem collaborar para esse fim.

Prophylaxia da tuberculose e da lepra

A cooperação dos municípios. — Dentro as iniciativas do Departamento de Administração Municipal destaca-se o combate systematico aos flagelos sociais, com a cooperação dos municípios do Estado.

A dedicação dos municípios paulistas, neste particular, tem sido verdadeiramente notável, uma vez que, com as suas contribuições pôde o Governo do Estado, em 1932, 1933 e 1934, dar abrigo a numerosos dementes e hansenianos, construindo, para tal fim, novos pavilhões no Hospital do Juguery e em diversos Leprosários do Estado.

São eloquentes as cifras dispendidas pelos municípios para assistencia dos alienados e internação de leprosos, as quais attingiram as sommas de rs. 905.203\$481 e ... 1.391.580\$900, respectivamente, de 1932 até o corrente exercício.

Como nos annos anteriores, foi determinada pelo Departamento de Administração Municipal a quota 1.5% sobre as receitas orçadas,

para a "Prophylaxia da Tuberculose".

Em virtude dessa determinação, as contribuições, para esse fim, das Municipalidades paulistas, elevam-se a 1.207.145\$200.

Desobrigando-se desses compromissos, já mandaram as suas contribuições, que estão sendo depositadas no Banco do Estado, afim de serem entregues á Comissão que se encarregará de sua applicação, os seguintes municípios: Annapolis, Aparecida, Araçatuba, Araras, Arcias, Assis, Atibaia, Ayanhandava Avaré, Bananal, Varinay, Barra Bonita, Bededoura, Bernardino de Campos, Biriguy, Boa Esperança, Bocayuva, Bofete, Botucatu, Bragança, Brodowski, Brotas, Cabreuva, Caconde, Cafelandia, Cajoby, Cajuru, Campinas, Cândido Motta, Capivary, Casa Branca, Catanduva, Chavantes, Colina, Cotia, Dourado, Duartina, Glycerio, Gramá, Guariba, Guarulhos, Iacanga, Ibitinga, Igarapava, Iguape, Indaiatuba, Ipaussu, Itaberá,

Itanhaen, Itapecerica, Jacarehy, Jahu, Jambeiro, Jardinopolis, Joannopolis, José Bonifacio, Jundiah, Laranjal, Limeira, Lins, Lorena, Leme, Moçes, Mogi das Cruzes, Mogi-Guassu, Mogi-Mirim, Monte Mor, Morro Agudo, Nova Granada, Nuporanga, Oleo, Orlandia, Palmital, Paraguassu, Parahybuna, Pederneiras, Pedregulho, Pereiras, Piedade, Piracicaba, Praju, Piratininga, Pitanguei-

ras, Porto Ferreira, Presidente Bernardes, Promissão, Queluz, Rio das Pedras, Rio Preto, Salto, Santa Cruz do Rio Pardo, Santa Izabel, Santos, S. Bernardo, São Carlos, São João da Boa Vista, S. José do Barreiro, S. José do Rio Pardo, São Mancel, S. Pedro do Turvo, S. Roque, S. Simão, S. Vicente, Serra Negra, Sertãozinho, Sorocaba, Tambau, Vera Cruz, Villa Americana, Xiririca, Itu.

Serviços de Soccoros de Urgencia

O que se faz e o que se cogita fazer em S. Paulo. — Em sessão de 14 de agosto ultimo, da Assemblea Legislativa estadual, o deputado dr. Miguel Coutinho, ex-director da Assistência Pública, poza na ordem do dia a criação dos Serviços de Prompto Socorro medico-cirúrgico na cidade de S. Paulo. Falando sobre o assunto disse o seguinte: Um acontecimento fortuito, tão commun na vida humana, criou uma situação de facto, trazendo um medico da Assistência Policial para a cadeira de deputado estadual.

Mas não permittirei dos nobres collegas da casa, a mais leve suspeita de ser vaidade sua a iniciativa, a primaria do thema. "Não! Não praticarei tal injustiça!" "Nada me impede comtudo — diz — de frisar claramente, e sem rebuços, a sua actuação toda ocasional, como seja pertencer ao quadro medico daquella nobre corporação, e haver sido um dos directores daquelle Serviço.

"Por consequencia, sr. presidente, cabe a mim a obrigaçāo moral de conhecer a sua parte administrativa; apontar as suas boas qualidades, os seus senões e as suas mais justas aspirações, que correspondem exactamente ás formidaveis necessidades do grande e laborioso povo de Piratininga.

Aqui cheguei e aqui estou, idealista por indole e por obrigaçāo. Dizem os philosophos, se não erro, que o amor nasceu do nada. Acredito sem devanear, mas afirmo que, ao adotar São Paulo como minha terra de criação, nasceu em mim, esponta-

neos como o amor, a obrigaçāo e o dever sagrado de bem servil-o, usandoo todas as minhas energias e toda a minha alma de crente.

"Os governos do Estado — prosegue — tiveram sempre em vista melhorar e aperfeiçoar os departamentos administrativos, notando-se hoje especial desenvolvimento em alguns delles e, mesmo, aperfeiçoamento definitivo em outros.

Coube ao governo actual a tarefa de dotar a nossa capital com um serviço de assistencia policial condizente com o seu enorme desenvolvimento, animado por uma população calculada, em 1910, em cerca de 350 mil almas, disseminada em uma extensa area. Cercar essa vastissima area e essa densa população de todas as garantias individuais, prever, prevenir, assistir e acudir quanto possível os acontecimentos que sempre ocorrem em certos de população adensada e constituída entre nós, na sua maioria, de elementos heterogeneos e fluctuantes — era um dever ha muito reclamado e reconhecido pelos poderes publicos.

O problema da assistencia publica preocupou sempre a attenção do governo, que sempre lhe dispensou o efficaz concurso de auxílios e subvenções, quer na capital, onde elle conta na actualidade varios e importantes institutos de renome, amparados e melhorados com o farto auxilio do erario publico e da generosidade particular, quer no interior, onde ella se practica pela mesma norma. Por uma publicação mandada fazer pela Directoria de Esta-

tistica e Archivo do Estado — a respeito das instituições subvencionadas pelo Estado em 1910, vê-se que o governo despendia naquella época com essas instituições a verba considerável de 3.600 contos, distribuídos por mais de 200 hospitais, asilos, institutos e casas de caridade, onde se pratica a assistencia em beneficio do homem desde o seu nascimento até a sua velhice enferma e desvalida. A Santa Casa da capital com asilos annexos — os Expostos, dos Morphanticos e dos Mendigos; a Maternidade, a Gota de Leite, o Abrigo Santa Maria, os asilos de orphans de N. S. Auxiliadora, do Bom Pastor, o Asyl e Creche, a Casa Pia de S.V. de Paulo, o Orphanato Christovam Colombo, o Instituto Pasteur e os Alberques Nocturnos, são os principaes centros onde se pratica a assistencia na sua mais nobre e elevada comprehensão.

Vê-se bem que a iniciativa privada, com o auxilio dos poderes publicos, já cuidava, em São Paulo, da Assistencia publica.

Faltavam, porém, os meios de conhecer com rapidez onde se devia prestar a assistencia e os de se levarem rapidamente os soccorros aos necessitados, quer de urgencia, nas vias publicas, quer mesmo em domicilio, nos desastres e accidentes, ou por motivos delictuosos, em todos elles sendo sempre necessaria a intervenção rapida no momento flagrante da occorrecia, afim de se rem proficias os resultados da diligencia.

Essa lacuna coube ao actual governo preencher.

Uma medida radical impôz-se desde logo: — a installação completa, nesta capital, de um sistema de avisos telegraphicos e telephonicos.

Esse serviço foi contratado com a "Gamewell Fire Alarm Telegraph" de Nova York, cujo sistema de avisos é o mais aperfeiçoado, o mais seguro e o mais completo, estando já adoptado na maioria das grandes cidades norte-americanas e europeias, onde tem dado os melhores resultados.

Aproveitou-se a oportunidade e fez-se conjuntamente a substituição completa do sistema de avisos de

incendio do corpo de bombeiros, até então do systema Mix & Genest, cujos defeitos e insufficiencias ha muito eram notados. Essas obras, iniciadas a 20 de Julho, tiveram rápido proseguimento, pois em menos de 4 meses, estavam inteiramente concluidas, apesar de se estenderem em uma extensa rede que abrange hoje os arrabaldes de Villa Prudente, Penha, Sant'Anna, Freguezia do O', Lapa, Pinheiros, Matadouro, Villa Mariana e Ipiranga. O numero de caixas de avisos de incendio, anteriormente de 50 e comprehendendo apenas a zona peripherica da capital, elevou-se a cento e sessenta, comprehendendo, como limite, aquelles arrabaldes.

Os serviços foram inaugurados oficialmente em 9 de Novembro, estando funcionando regularmente desde aquella data.

Para o serviço de assistencia foram nomeados, por decreto de 19 de Outubro, os medicos drs. Alfredo de Castro, José Luiz Guimarães, Raul de Frias de Sá Pinto e Antonio Ferreira França Filho; e contratados os enfermeiros João Baptista Alves Viana, Luiz Sarrolli, André Andreatta e Mecenas Machado e os ajudantes de enfermeiros Sebastião Machado, Luiz Guimarães Fontes, Agostinho Bastos e Affonso Aguiar, cargos criados por lei n. 1852, de 14 de Setembro de 1911. Em virtude dessa lei compete ao pessoal da Assistencia prestar os primeiros soccorros aos feridos e ás victimas de quaisquer accidentes ocorridos nas vias publicas; prestar soccorros, em domicilio, aos doentes da população pobre, fazendo transportal-os para os hospitais; fazer quaisquer outros serviços profissionaes que lhes forem determinados; fazer a verificação dos obitos ocorridos sem assistencia medica.

Esse servico constitue o posto medico, installado na Repartiçao Central de Policia, com todos os apparelos necessarios para curativos e cirurgia de urgencia. Os medicos do posto escalam por escala diaria, organizada pela secretaria. Até aqui as medidas para conhecimento rapido das necessidades da assistencia: era necessario todavia levar tambem rapidamente o soccorro reclamado e as

providencias policiais, quer nos desastres quer nos delictos.

Para isso foram adquiridos nove automóveis, sendo : 2 ambulâncias para transporte de doentes da população pobre, providenciando o médico, imediatamente, sobre a remoção dos doentes para os hospitais.

Permita-me a nobre Assembléa relatar, em rápidas pinceladas, o cenário de todos os anos, de todos os dias, de todas as horas, de todos os instantes, que passam os funcionários e a população de São Paulo, dependentes de um serviço organizado em 1911 para uma população de 350 mil almas e que se mantém, até hoje, com as mesmas instalações, quicá peores, assistindo a mais de um milhão de almas !

Comecemos pelo chamado a domicílio. Há cinco processos clássicos de se fazer um chamado : pelas caixas e pelo telephones da Central ; pelo delegado de Serviço ; pelo telephone de Bombeiros, da sala dos médicos e o pessoal.

Quando o pedido é "signal de caixa", veteranos e esquecidos funcionários, urram, berram, brigam, esgotam os pulmões, as cordas vocais e... a paciência, porque as instalações foram inauguradas em 1912, no tempo em que os postes de fios condutores existiam em número insignificante e quando não havia barulho contínuo. Hoje, há o que chamam indução, etc... Geralmente, após esforços espantosos, conseguem saber o local do chamado.

O commun é a confusão do carro de presos, com ambulância. O do telephone, da telegraphia, é o mais acertado. Os veteranos e esquecidos operadores sabem manipular o chamado, distinguindo perfeitamente quais os chamados de Assistência, ou de médicos, ou de remoção para a Maternidade, isolamento, força pública, guarda civil ou nocturna e 2.º Região Militar e hospitais particulares.

O delegado de plantão também veicula chamados. Posso afirmar, sem o mínimo receio de engano, que 80% dos avisos são errados, ocasionando saídas inuteis e improdutivas. No entretanto, sempre existiram circulares dos srs. chefes de polícia, determinando que todos os

chamados de Assistência devem ser operado pela repartição competente, que é a telegraphia. Mas...

Os dois últimos, telefónicos de Bombeiros e o pessoal, são os mais garantidos.

No entretanto, chegemos a domicílio. Os casos clínicos communs são resolvidos satisfatoriamente, mormente na sociedade mais protegida pela sorte, onde o caso grave terá assistência médica particular, ou irá para o hospital a pagamento, ou ao Posto Médico, sendo reconduzido à residência depois de medicado.

Justamente no primeiro aniversário do novo interventor, em 21 de Agosto de 1934, a Associação Paulista de Medicina enviava uma comissão de médicos, composta do professor Antônio Cândido de Camargo, digníssimo e venerando presidente da referida agremiação, e dos drs. Ferreira de Andrade, Ulysses Barbuda e Dário Carvalho Franco, afim de solicitar do governo a criação de um Hospital que inaugurassem, em São Paulo, os serviços clínicos de prompto socorro médico-cirúrgico.

O sr. dr. Salles de Oliveira reconheceu a necessidade e a urgência da solução desse problema, e prometeu a criação do hospital".

A imprensa da capital, sempre ávida de novidades, empolgou-se pela idéia, e o volumoso arquivo aqui presente, a disposição de v. exa. e da Casa, demonstra o carinho, a seriedade, a altivez, a consciência de uma necessidade premente, e inadiável de um serviço a criar.

E não é só. Aqui estão, também registadas e documentadas com algumas photographias, as numerosíssimas reclamações que o "Diário Popular", as "Folhas" e os "Diários" faziam e fazem, demonstrando pela momentosa questão, um zelo digno dos maiores encantos.

Ao apagarmos esta grande mancha, que macula o céu estrelado da nossa cultura, civilizada e querida terra, teremos procedido como dizia Garfield de Almeida, o meu caro mestre :

"Viver é passar pela vida, semeado o bem, é trazer à comunhão humana, com o contingente de seu esforço, dias mais serenos, é cultivar a dedicação, é ir confiante e sem desfalecimento, nem vacilações, colli-

na da vida acima, na esperança de divisar, chegando ao apice, como Moysés sobre o monte Nebo, a terra promettida por Jehovah".

Para nós, sr. presidente, essa terra promettida é São Paulo".

O projecto do dr. Miguel Coutinho foi devidamente encaminhado.

Dr. Heitor Maurano

Homenagem. — Realizou-se no dia 28 de julho ultimo, na Brasserie Paulista, o almoço oferecido ao dr. Heitor Maurano pelos seus amigos e admiradores, em regosio pela distinção recebida da Academia Nacional de Medina, conferindo-lhe o premio "Doutorandos de 1900".

A' sobremesa, levantou-se o professor Rubião Meira, que leu um longo discurso, discorrendo sobre a personalidade do homenageado, dizendo-o um estudioso das questões medicas e principalmente daquellas que lhe deram o premio "Doutorandos de

1900", para concluir, depois de emitir conceitos philosophicos, concitando o dr. Heitor Maurano a palmihar a estrada da vida com o mesmo fervor e os mesmos ideaes.

Visitavelmente commovido, o dr. Heitor Maurano, em ligeiro improviso, declarou que a distinção conferida pela Academia Nacional de Medicina foi-lhe sobremaneira honrosa, mas se outro objectivo não tivesse, um só bastaria para não olvidá-la jamais: o de reunir em uma festa intima como aquella tantos collegas e amigos bons e dedicados, aos quaes abraçava, agradecido.

Semana de Educação Physica

A Associação dos Professores de Educação Physica de S. Paulo, dando consecução ao programma que se propoz a realizar, levou a efecto nos dias 5 a 9 de agosto ultimo em sua sede social á praça Ramos de Azevedo, 4 (Trocadero), uma série de

palestras sobre educação physica, ventilando os mais interessantes aspectos desse problema.

Falaram nesse certame os drs. Arne Enge, Americo R. Netto, Francisco Pompeu do Amaral, Erlindo Salzano e Max de Barros Erhart.

Associação Medica Militar de S. Paulo

Eleição da primeira directoria. — Em assembléa geral, realizada na sede da Associação Paulista de Medicina, foi procedida a eleição da primeira directoria da Associação Medica Militar de São Paulo. O resultado da apuração foi o seguinte: Presidente, dr. Vital Vaz; vice-

presidente, dr. Antonio Gonçalves Moreira; 1.^o secretario, dr. Guilherme Hautz; 2.^o secretario, dr. Ary Siqueira; 1.^o thesoureiro, dr. Henrique Arouche de Toledo; 2.^o thesoureiro, dr. José Torres de Rezende, e bibliothecario, dr. Erlindo Salzano.

Estudos Cirurgicos

Dr. Eurico Branco Ribeiro
1 volume com numerosas ilustrações
PREÇO 15\$000 - PEDIDOS AO AUTOR:
CAIXA 1574. SÃO PAULO

Círculo Brasileiro de Educação Sexual

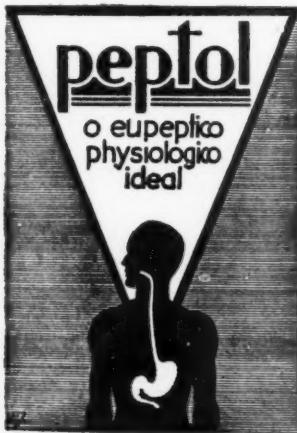
Eleição da directoria. — Realizou-se a 26 de Julho ultimo a eleição da directoria e do Conselho consultivo, que regerão os destinos do Círculo Brasileiro de Educação Sexual, no biénio de 1935 a 1937.

Foi o seguinte o resultado das eleições: presidente, dr. José de Albuquerque; vice-presidente, dr. Olympio Rodrigues Alves; secretário, dr. Cunha Ferreira; sub-secretário, bacharelando Walfrido Machado; tesoureira, d. Yolanda Castellar; bibliotecária, d. Edna Bastos; director do Museu e Pinacoteca, dr. Edelberto Nunes Ribeiro; director de Filmotheque, dr. Milton

Rivera Manga; orador, dr. Barbosa Martins; syndico, jornalista Mazzini Serôa da Motta.

Conselho Consultivo: Prof. dr. Pontes de Miranda, prof. dr. J. P. Porto Carrero; prof. dr. Mauricio de Medeiros, dr. Antônio Magarinos Torres, dr. Ernani Lopes, prof.^a Maria Apa dos Santos, escriptora Rachel Prado, dr. Herbert Moses, dr. Renato Kehl, dr. Evaristo de Moraes, dr. Odilon Juçá, dr. Deocleciano dos Santos, prof.^a Armando Álvaro Alberto, dr. Levindo Mello, dr. José de Freitas Bastos e dr. Carlos Sussekkind de Mendonça.

Philergon - fortifica de facto



Acaba de aparecer:

A EOSINOPHILIA SANGUINEA

Prof. SAMUEL PESSOA

e

Dr. JOÃO ALVES MEIRA

Á VENDA NESTA REDAÇÃO

PREÇO 20\$000

